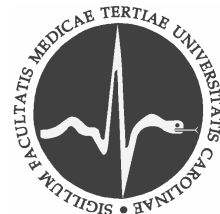




**UNIVERZITA KARLOVA
V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**



Centrum preventivního lékařství 3.LF

Barbora Matulová

**Nerovnosti ve zdraví – sociálně
podmíněné rozdíly ve zdravotním stavu,
situace v ČR**

*Inequities in health – socially determined
differentials in health, situation in the Czech
Republic*

Diplomová práce

Praha, prosinec 2006

Autor práce: Barbora Matulová

Studijní program: Všeobecné lékařství s preventivním zaměřením

Vedoucí práce: **PhDr. Eva Křížová, PhD.**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav centra preventivního lékařství 3.**

LF

Datum a rok obhajoby: 18.12.2006

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval/a samostatně a použil/a jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato diplomová/bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 18.prosince 2006

Barbora Matulová

Obsah

OBSAH	5
ÚVOD	6
1. EKVITA – SPRAVEDLNOST (ROVNOST) VE ZDRAVÍ	8
1.1. EKVITA JAKO VÝZNAMNÝ PRINCIP PROGRAMU ZDRAVÍ 21	8
1.1.1. Ekvita jako hodnota	9
1.1.2. Co je ve zdraví nevyhnutelné a co je neakceptovatelné?	11
1.1.3. Definice ekvity dle WHO.....	11
1.1.1. Ekvita v kontextu ostatních principů Zdraví 21	12
1.2. NESPRAVEDLNOST VE ZDRAVOTNÍ PÉČI	13
2. SOCIÁLNÍ DETERMINANTY ZDRAVÍ	15
2.1. STRES	17
2.2. RANÉ FÁZE ŽIVOTA	16
2.3. SOCIÁLNÍ VYLOUČENÍ A CHUDOBA	17
2.4. PRACOVNÍ PODMÍNKY	20
2.5. NEZAMĚSTNANOST	21
2.6. SOCIÁLNÍ OPORA	23
2.7. ZÁVISLOST	24
2.8. STRAVA.....	25
2.9. DOPRAVA	26
3. METODY VÝZKUMU, MĚŘENÍ.....	28
3.1. VÝVOJ VÝZKUMU PROBLEMATIKY	29
3.2. RŮZNORODOST MĚŘENÍ A SLEDOVÁNÍ VE SVĚTĚ	30
4. ROZSAH PROBLÉMU A AKTUÁLNÍ TRENDY	31
4.1. RIZIKOVÉ SKUPINY VE SVĚTĚ	32
5. VZTAH SOCIOEKONOMICKÝCH FAKTORŮ KE ZDRAVÍ ČR.....	34
5.1. SOUČASNÝ VÝZKUM	37
5.2. ETNICKÉ MINORITY - ROMOVÉ	40
5.2.1. Mortalita a očekávaná délka života	41
5.2.2. Perinatální ukazatele a reprodukce	42
5.2.3. Infekční choroby.....	42
5.2.4. Neinfekční choroby	43
5.2.5. Způsob chování ke zdraví.....	43
5.2.6. Růst a výživa	44
5.2.7. Sastipen ČR.....	45
6. VYPOŘÁDÁNÍ SE S NEROVNOSTMI VE ZDRAVÍ	45

6.1. PRINCIPY PRO REDUKCI ROZDÍLŮ VE ZDRAVÍ	45
6.1.1. Zlepšení života a pracovních podmínek	45
6.1.2. Pomoc lidem ke zdravému životnímu stylu.....	46
6.1.3. Decentralizace moci.....	46
6.1.4. Hodnocení faktorů zdraví.....	46
6.1.5. Společný zájem na mezinárodní úrovni.....	47
6.1.6. Kvalita péče	47
6.1.7. Výzkum, monitoring, evaluace	47
 ZÁVĚR	50
SOUHRN	51
SUMMARY.....	52
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	53
SEZNAM PŘÍLOH	56
PŘÍLOHY	57

Úvod

Ve všech vyspělých západních společnostech vzrůstají s poklesem na společenském žebříčku indikátory úmrtnosti a nemocnosti. Není to nic překvapujícího, neboť řada aspektů života je ovlivňována postavením jedince v sociální stratifikaci, tedy v jakém prostředí se narodil a vyrůstal, jaká byla jeho výživa, výchova, ale také jaké je jeho současné bydlení, stravování, jakého se mu dostalo vzdělání, jakého druhu je jeho zaměstnání, v jakém prostředí pracuje, žije-li v dostatku či nikoliv, za co utrácí peníze apod. Všechny tyto aspekty a spousta dalších určují tzv. socioekonomický status člověka. Tato práce se snaží o zmapování vlivu sociální stratifikace a všeho, co s sebou přináší, na zdraví člověka, nebo-li o zmapování vztahu socioekonomického statutu a zdraví jedince. Na základě dostupných výsledků výzkumu popisuje současnou situaci a její vývoj u nás i ve světě a nastiňuje způsoby, jak tuto situaci řešit.

Nerovnosti ve zdraví jsou ve všech zemích považovány za nepřijatelné. Na mezinárodní úrovni tak bylo poprvé konstatováno v „Deklaraci z Alma-Aty“ v roce 1978. Přesvědčivé důkazy o spojení chudoby se špatným zdravím byly poprvé předloženy v tzv. „Black Report“ ve Velké Británii, která také poukázala na neustálé se prohlubující rozdíly ve zdraví populace v závislosti na sociálním statutu spíše než na selhávání zdravotnického systému. Ačkoli tato zpráva s doporučeními, jak tuto situaci řešit, nebyla tehdejšími vládami přijata, stala se spravedlnost ve zdraví (ekvita) prvním cílem WHO – Zdraví pro všechny do roku 2000. Později byla ekvita zahrnuta i do následného programu WHO Zdraví pro všechny v 21. století. Strategie WHO/Zdraví 21 pro evropský region, si klade za cíl snížit nerovnosti ve zdraví o 25% do roku 2020. Jelikož základem nerovností ve zdraví je komplexní interakce mezi osobnostními, sociálními, ekonomickými faktory a faktory prostředí, pouze široká, multisektorová, systematická a dlouhodobá opatření mohou být účinná ve snižování těchto rozdílů. Opatření je nejlépe zacílit na děti, neboť chudoba zanechává své následky již od raného dětství. Začít jednat je třeba ihned a to na mezinárodní, národní, regionální, lokální i individuální úrovni.

Také Česká Republika se připojila ke Strategii Zdraví 21. Od dob transformace ekonomiky pokročila alespoň v získávání informací o nespravedlnostech ve zdraví na našem území, které se v měnících se společenských podmínkách prohlubují zvláště u rizikových skupin jako jsou nezaměstnaní a etnické minority, konkrétně např. romská populace. Studie se zabývají srovnáváním socioekonomického postavení (často úroveň vzdělání) a mortality, morbidity, rizikových faktorů, kojenecké úmrtnosti a porodní váhy, ale také subjektivního hodnocení zdraví.

Téma této práce se tedy zaměřuje na prozkoumání rozdílů ve zdravotním stavu populací ve světě i v ČR, způsobených sociálními a geografickými faktory (příjmy, vzdělání, region, etnikum). Témata nespravedlností ve zdraví na základě pohlaví a věku jsou zmíněna jen okrajově pro jejich obsáhlost, která převyšuje možnosti tohoto sdělení.

1. Ekvita – spravedlnost (rovnost) ve zdraví

Po celém světě, ve všech politických a sociálních systémech byly pozorovány rozdíly ve zdraví mezi rozličnými sociálními skupinami populace a mezi různými geografickými oblastmi téže země. Existují spolehlivé důkazy, že znevýhodněné skupiny obyvatel mají horší šance na přežití, tedy umírají v mladším věku než ty lépe postavené. Například v roce 1990 ve Velké Británii dítě narozené rodičům s vysokou kvalifikací v určitém oboru bude s velkou pravděpodobností žít déle o 5 let než dítě narozené do manuálně pracujících nekvalifikované rodiny. Ve Francii je očekávaná délka života 35letého učitele na vysoké škole o 9 let převyšující totéž u nekvalifikovaného dělníka stejného věku. Ve Španělsku umírá dvakrát více dětí v rodinách venkovských dělníků než kvalifikovaných pracujících. Velké rozdíly v úmrtnosti mohou být nalezeny tedy také mezi městskou a venkovskou populací. Rozdíly jsou však také v míře nemocnosti. Znevýhodněné skupiny nejen že trpí těžšími chorobami než jiní, ale k propuknutí choroby dochází už v nižším věku. V mnoha zemích nezaměstnaní trpí více psychickými nemocemi a jejich děti bývají nižšího tělesného vzrůstu než děti zaměstnaných otců (1). Existuje mnoho příkladů rozdílů v přístupnosti a kvalitě poskytované zdravotní péče poukazující na fakt, že ti, kteří by lékařskou péčí nejvíce potřebovali, mají nejnižší pravděpodobnost jejího obdržení ve vysoké kvalitě. Nicméně, mluvíme-li o spravedlnosti či rovnosti ve zdraví, je nutno vymezit si tento pojem a odlišit nerovnost v úrovni a kvalitě zdraví různých skupin populace a na druhé straně nerovnosti v přístupu ke zdravotní péči a nerovné distribuci zdravotních služeb.

1.1. Ekvita jako významný princip programu Zdraví 21

Zdraví 21 je mezinárodní program SZO, který si klade za svůj cíl zajistit zdraví, tedy dosažení plného zdravotního potenciálu, pro všechny ve 21.století. Je to program pro lidi, počítá s jejich účastí. Nestaví na direktivním řízení, opírá se o hodnoty, které jsou pro život lidí důležité a které pomáhají vyrovnat se s těžkostmi na úrovni jednotlivců, skupin i celé společnosti.

Jednou z těchto významných hodnot je **ekvita**. Co to vlastně znamená? V Angličtině pro pojem rovnost existují dva výrazy „equality“, ale také „equity“. První z nich pojednává spíše o rovnosti z matematického hlediska. „Equity“ pak hovoří o spravedlnosti, spravedlivosti opírající se spíše o lidskou slušnost než o literu zákona jako je tomu zase v případě pojmu „justice“. Program zdraví 21 není zákonnou normou, jejíž nerespektování trestají soudy, proto WHO zvolila termín „equity“ a „inequity“, v češtině používaného „ekvita“ či „inekvita“ (nedostatek ekvity). Lze se setkat s tím, že ekvitě mnoho lidí nerozumí. Dokonce v prvních verzích programu SZO byla překládána jako rovnost, což ve svém důsledku vedlo ke zkreslené představě o celém programu. Program byl některými politickými kruhy označen za rovnostářskou socialistickou utopii. To velmi ztížilo jeho využití v České Republice. Teprve později se podařilo vysvětlit, že ekvita je především spravedlnost a slušnost v péči o zdraví a nikoli rovnost (7).

1.1.1. Ekvita jako hodnota

Program Zdraví 21 je tedy hodnotovou představou, která má smysl. Opírá se o ekvitu, neboť ji považuje za užitečnou pro všechny lidi. Ke skutečnému zdraví nelze dojít nátlakem, hrozbami, vynucenou poslušností nebo nespravedlností. Humánní hodnoty vycházejí jak z historické zkušenosti, tak ze stávající reality. Otázky týkající se péče o zdraví jsou v podstatě otázky filosofické, které tvoří základ tzv. hodnotových rozhodnutí. I když hodnotové soudy jsou determinovány poznatky, zkušenostmi, názory i potřebami jednotlivých lidí a mají nespornou subjektivní složku, zdaleka nejde o jakousi individualistickou svévoli. Hodnoty jsou skutečné, existují nezávisle na naší vůli, a to v té míře, v jaké je respektují, rozvíjejí a prožívají jiní lidé. Jednotlivé hodnoty jsou mezi sebou složitě propojeny. Jejich vzájemné sepětí není výsledkem jen subjektivních soudů, ale ve svém důsledku představuje objektivní skutečnost, kterou je žádoucí poznávat, srovnávat, analyzovat a opakovaně ji ověřovat a ovlivňovat.

Jaké hodnoty jsou tedy typické pro dnešní dobu? Zdá se, že jednou z dominantních hodnot se stávají peníze, ekonomická hlediska a tzv. tržní princip.

Ačkoli nesporně peníze mají důležitou sociálně regulační funkci, doufejme, že pro občany demokratické společnosti nejsou hodnotou jedinou. Právě péči o zdraví, totiž nelze redukovat na jednoduché kupecké počty, ačkoli odborným zvládnutím ekonomických regulačních mechanismů lze předejít zbytečnému plýtvání a zvýšit hospodárnost zdravotnictví. Žádný účetní mechanismus však sám o sobě nevytvoří systém péče o zdraví, jehož cíle, respektované i rozvíjené humánní hodnoty, kritéria i mnohotvárné regulační mechanismy odpovídají demokratické orientaci společnosti a lidské důstojnosti jak jedinců tak dílčích sociálních skupin.

Ekvitu nelze v potřebném rozsahu zajistit centrálním rozhodnutím. Její osud i přínos je do značné míry podmíněn hodnotovou soustavou jedinců i sociálních celků, tedy tím, jaké hodnoty jsou ve společnosti respektovány, hájeny i rozvíjeny s každodenní samozřejmostí a to bez příkazů a těžkopádné byrokratické kontroly. Nejde o politické heslo nebo zjednodušený návod. Jde spíše o záměr, dlouhodobý a nesnadný proces, jehož smyslem je pochopit, rozvinout a uplatnit všeobecně akceptovanou míru spravedlnosti ve zdravotní péči. Představy o ní se však mohou lišit i mezi různými demokratickými zeměmi. Např. Spojené Státy, kde je dominantní hodnota svobody a spravedlnost ustupuje do pozadí, se značně liší od Skandinávských zemí, kde hraje spravedlnost hlavní roli. Obvykle se rozdíly vysvětlují odlišnostmi zdravotnických systémů. Ve skutečnosti se jedná o různá komplexní sociální pojetí péče o zdraví, odpovídající národním zvyklostem, reflektující výkon politické moci, o účast občanů na péči o zdraví i o zájmy vlivných ekonomických a profesních skupin. Měli bychom si však všimnout nejen odlišností, ale i toho, co je společné, co charakterizuje nebo by mělo charakterizovat moderní demokratický stát a jeho zdravotní péči. Ekvita by k takovým společným hodnotám měla patřit.

Ekvita je úzce spjata s takovými demokratickými a humánními hodnotami, jako jsou lidská práva, důstojnost, svébytnost (autonomy), odpovědnost, účast občanů na veřejném životě apod.

1.1.2. Co je v nerovnostech ve zdraví nevyhnutelné a co neakceptovatelné?

Všichni víme, že jak národy, tak různé sociální skupiny, natož jednotlivci se od sebe vzájemně liší, pokud jde o úroveň zdravotního stavu a celou řadu dalších charakteristik. Není dosažitelné, aby každý dosáhl stejné úrovně zdraví, tedy trpěl stejným stupněm téže choroby a umíral po stejném životním cyklu. Tato část nerovností ve zdraví v důsledku přirozených biologických a genetických variací může být pokládána za nevyhnutelnou spíše než nespravedlivou. Do této kategorie spadají také rozdíly ve zdraví podmíněné věkem, neboť se jedná o přirozený proces stárnutí lidské bytosti, nebo choroby specifické pro určité pohlaví. Nicméně stále zůstává velké množství rozdílů mezi rozličnými skupinami společnosti, které nemohou být vysvětleny na biologickém podkladě. To, zda určitá situace bude pojímána jako nespravedlivá, do značné míry závisí na možnosti volby zúčastněných lidí nebo naopak vymykání se přímé kontrole. Pokud lidé nemají žádnou nebo mají jen minimální volbu životních a pracovních podmínek, pak výsledné zdravotní rozdíly ve srovnání s těmi lidmi, kteří takovou volbu mají, lze s vysokou pravděpodobností označit za nespravedlivé. Pocit nespravedlnosti se navíc zvyšuje, neboť problémy mají tendenci se na sebe nabalovat a vzájemně zesilovat, čímž vytvářejí určité skupiny ještě náchylnější k onemocněním. I vlastní chování jedince může být vážně ovlivněno sociálními a ekonomickými hledisky, například méně kvalitní výživa v důsledku nízkých příjmů či špatného zásobování oblasti čerstvými potravinami. Naproti tomu některé situace jsou výsledkem vlastního rozhodování určité skupiny lidí, jako například vyhýbání se určitému druhu zdravotnické služby v důsledku náboženského přesvědčení, sportovní činnost a sní spojená zranění atd. Je tedy patrné, že biologické faktory zde hrají jen malou úlohu, na rozdíl od socioekonomických faktorů a faktorů prostředí, kam patří i zvolené způsoby života.

1.1.3. Definice ekvity dle WHO

K vysvětlení pojmu ekvity může tedy přispět pracovní definice publikována WHO dle Whiteheadové (2): „Ekvita ve zdraví znamená, že v ideálních podmínkách by každý měl mít stejnou příležitost dosáhnout svého

plného zdravotního potenciálu a – řečeno pragmatičtěji – nikdo by neměl být znevýhodněn při jeho dosahování, lze-li se ovšem takovému znevýhodnění vyhnout.“ Zdravotní potenciál je v této souvislosti pojímán jako ten nejvyšší stupeň zdraví, kterého může jedinec dosáhnout. Je podmíněn jak možnostmi, schopnostmi a aktivitou jedince, tak podmínkami, které vytváří společnost.

1.1.4. Ekvita v kontextu ostatních principů programu Zdraví 21

Ekvita sice představuje hlavní princip programu Zdraví 21, ale plného významu nabývá teprve ve spojení se všemi dalšími hodnotami. či principy programu 21, kterými jsou solidarita, trvalá udržitelnost, vlastní účast a etická volba. Smyslem solidarity je posílit ty, jejichž možnosti jsou omezeny a které by nepříznivé podmínky mohly vážně ohrozit. Trvalá udržitelnost je rozšířením ekvity o časový aspekt, tedy že uspokojování potřeb v přítomnosti by nemělo ohrozit možnosti budoucích generací uspokojit své vlastní potřeby. Vlastní účast lidí je jedním ze základních lidských práv a podmínkou existence i rozvoje občanské společnosti. Jedná se jak o možnost pečovat o své zdraví, tak o podíl na rozhodování, které zdraví ovlivňuje. Ruku v ruce by se měla jednak zlepšit informovanost o rozdělování a využívání zdrojů a jednak posilovat ochrana těch, kteří jsou ve společnosti těmi nejohroženějšími. Obecnou zásadu etické volby je vhodné zvláště zdůraznit, neboť konzumní a tržní povaha společnosti má tendenci vést k podcenění již zmíněných principů a zároveň vědecký a technologický rozvoj stále více ovlivňuje základní prvky lidské existence, jako např. oplodnění, narození, rodičovství a smrt. Etická volba umožňuje rovněž hledat nezbytnou rovnováhu mezi respektovanými etickými hodnotami, jako je např. autonomie jedince na jedné straně a princip neuškodit na straně druhé.

Jak již bylo uvedeno, program Zdraví 21 není hotovým návodem, spíše motivem pro vlastní úvahy a aktivitu. Jde o to, aby se ekvita, navazující principy a všechny další okolnosti související se zdravím staly předmětem zájmu a odpovědnosti co největšího počtu lidí, tedy aby byl pojem ekvita nejen předmětem teoretických pojednání, ale také běžnou sociální praxí.

1.2. Nespravedlnost ve zdravotní péči

Snažit se dosáhnout stejného zdravotního stavu ve všech regionech či sociálních skupinách je nerealistické, neboť zdravotní péče je pouze jedním z mnoha faktorů podílejících se na inekvitě ve zdraví v té určité oblasti. Stejně tak nelze přidělit zdravotní péči každému rovným dílem per capita takovým způsobem, že by zdravotní služby byly rozděleny do geografických celků v závislosti na počtu obyvatel. Takto by totiž nebyly zohledněny specifické potřeby péče pro různé věkové složení obyvatel či různé sociální skupiny toho určitého regionu. Proto byla spravedlnost ve zdravotní péči pracovním definována následovně a většina evropských států považuje za spravedlivé tohoto docílit:

- stejný přístup ke zdravotnickým službám při stejném onemocnění
- stejná spotřeba péče i přibližně stejné náklady na stejnou potřebu zdravotnických služeb
- stejná kvalita péče pro všechny

To znamená stejný nárok na dostupnou péči pro všechny, spravedlivá distribuce zařízení po zemi založená na místních potřebách zdravotní péče a její snadná dostupnost, a konečně odstranění ostatních bariér k jejímu přístupu. Teoreticky mají všichni právo na zdravotní péči, ale v praxi se situace může lišit. Lidé přicházejí do konfrontace s bariérami jako jsou finanční (např. cena transportu do léčebného zařízení), organizační (např. nevýhodné otevírací hodiny) a kulturní (jazyková bariéra etnických minorit). K nerovnostem v přístupu dochází také nerovnoměrným rozmístěním zařízení, které mají tendenci se kupit v městských a lépe prosperujících oblastech a být nedostatkovými v chudých a venkovských komunitách, kde by byly právě zapotřebí. Dostupnost péče je zbytečně omezená také v těch zemích, kde velké množství finančních zdrojů je věnováno na služby využívající drahé technologie pro malou skupinu obyvatel místo zajištění vyvážených zdravotních služeb pro většinu obyvatelstva. S ohledem na koncepci spravedlivé kvality péče je také důležité, aby jedinci byla věnována pozornost na základě jeho potřeby, ne sociálních vlivů. Takto například rehabilitační služby, které urychlují návrat lidí do pracovního procesu, jsou v některých zemích

poskytovány spíše lidem zaměstnaným než nezaměstnaným, důchodcům a ženám v domácnosti. Nerovnosti jsou také v případech, kdy lékař například neinvestuje stejné úsilí do práce s pacientem z určité sociální skupiny. Takto ve Velké Británii lékaři poskytovali kratší konzultace pacientům z nižších společenských tříd a méně často je odesílali ke konzultacím u specialistů (1).

Užitečný příklad o nespravedlnosti ve zdravotní péči podal Holm (3), který uvedl, že např. v soukromých nemocnicích lze očekávat nerovnosti čtyř různých typů:

2. Nerovnost v ubytování a stravování – luxusní ubytování, stravování, úslužnost personálu. Většina lidí by zřejmě takovýto stav neoznačila za inekvitu, jedná se o běžně se vyskytující finančně podmíněné nerovnosti.
3. Relativní nerovnost v přístupu ke zdravotnickým službám – systém kde si lidé mohou vybrat mezi čekáním a placením. Rozhodnutí o spravedlivosti bude nejspíše do značné míry záviset na sociální pozici posuzovatele.
4. Nerovnost v kvalitě zdravotní péče – zde bude zřejmě záležet na výsledku léčby. Když se bude zásadně lišit, mohla by být taková skutečnost označena za nespravedlivou.
5. Absolutní nerovnost v dostupnosti zdravotnických služeb – jestliže budou soukromé nemocnice poskytovat zákroky, které nebude poskytovat veřejný zdravotnický sektor, pak ti, kteří nebudou schopni zaplatit, budou odsouzeni k nemoci či dokonce ke smrti. Tuto situaci by zřejmě většina lidí považovala za krajně nespravedlivou.

Zde se dostáváme k pojmu finanční ekvita, která zůstává otevřeným a často diskutovaným problémem. Přihlíží ke způsobilosti placení za zdravotnické služby. Vzhledem k tomu, že porucha zdraví je nepředvídatelná a její další vývoj bývá nejistý, vážné onemocnění se může stát pro mnohé rodiny finanční katastrofou. Je všeobecně přijímán názor, že je etický žádoucí, aby společnost odstraňovala překážky, které brání sociálně slabším v přístupu k potřebné zdravotní péči.

2. Sociální determinanty zdraví

Nerovnosti ve zdraví přitáhly větší pozornost vědců na jedny z nejmocnějších determinant zdraví moderní doby, tedy to, co nazýváme sociální determinanty zdraví (8). Díky tomu roste porozumění významné citlivosti zdraví k sociálnímu prostředí.

Nerovnosti ve zdraví jsou jevem komplexním, který je způsoben interakcí velkého množství faktorů, které bychom mohli rozdělit do pěti skupin (4). První z nich by zahrnovala obecné faktory socioekonomické, kulturní a faktory životního prostředí, které ovlivňují celou společnost (např. programy systému sociálního zabezpečení). Do další skupiny by spadaly faktory jako životní a pracovní podmínky, nebo-li pozice jedince ve společnosti určená zejména povoláním, příjmem a vzděláním, a dále kvalita bydlení, dostupnost zdravotní péče a podmínky pracovního prostředí. Všechny tyto faktory ovlivňují způsob chování jedince ke svému zdraví, což je obsahem čtvrté skupiny. Volba životního stylu jako kuřáctví, nedostatek pohybu a špatná výživa neméně přispívají ke zhoršování zdraví. Toto chování, ačkoli je jedincem ovladatelné, zůstává stále pod silným vlivem socioekonomického statutu a sociálního prostředí. Účinky všech faktorů zmírňuje dostupnost a kvalita sítě sociálních služeb či úroveň komunitního života, zatímco naopak pocity nedostatku bezpečí a sociálního vyloučení mají škodlivý účinek na zdraví. Na druhé straně máme faktory absolutně neovlivnitelné jako např. věk, pohlaví nebo dědičnost. Jedinec dokáže ovlivnit jen málo z faktorů způsobujících nerovnosti ve zdraví, a tak ti nejvíce znevýhodnění bývají zároveň nejnáchylnější k nespravedlnostem ve zdraví, neboť mají málo šancí zlepšit své sociální a životní prostředí vůbec. Provázanost příčin těchto problémů znamená, že pro vypořádání se s nerovnostmi ve zdraví je nutno provést změny na mnoha úrovních společnosti, tedy jak na celonárodní, či místní, tak na úrovni sociálních skupin, rodiny či samotného jednotlivce.

Následující odstavce detailněji popisují význam působení sociálních determinant na zdraví jedince už v raném dětství, ale také vliv chudoby, drog,

pracovních podmínek, nezaměstnanosti, sociální podpory, ale také vliv dobrých stravovacích a dopravních opatření na zdraví.

2.1. Stres

Stresové podmínky vyvolávající u lidí obavy, úzkost a pocity nezvládnutí situace, jsou škodlivé pro zdraví a mohou vést k předčasnému úmrtí. Sociální a psychologické okolnosti mohou způsobovat dlouhodobý stres a jsou škodlivé v kterémkoli životním období. Dále trvající úzkost, nejistota, snížené sebevědomí, sociální izolace a nedostatek kontroly nad prací či životem v domácnosti mají silný vliv na zdraví. Taková psychosociální rizika se během života kumulují a zvyšují šance k narušení duševního zdraví a předčasné smrti. Ve vyspělých zemích platí, že čím níže v sociální hierarchii se jedinec nachází, tím častěji se setká s těmito problémy. Mechanismus působení psychosociálních faktorů je skrze reakce hormonů a nervového systému na stres způsobem boj–útek: zvýšení srdeční frekvence, mobilizace energie, přesun krve do svalů a zvýšená bdělost. Jelikož stresy moderního městského života jen vzácně vyžadují alespoň mírnou fyzickou aktivitu, vyvolání stresové odpovědi zbytečně odvádí energii a zdroje pryč od mnoha fyziologických procesů důležitých pro zachování zdraví. Takto bývá postižen jak kardiovaskulární tak imunitní systém. U krátkých epizod stresu toto nezanechává následky, ale časté a příliš dlouho trvající napětí způsobí náchylnost k mnoha onemocněním jako infekční choroby, diabetes, vysoký krevní tlak, infarkt myokardu, cévní mozková příhoda, deprese a agrese. Jaká tedy zvolit opatření?

Ve školách, pracovních prostředích a jiných institucích jsou kvalita sociálního prostředí a materiální jistota stejně důležité jako životní prostředí. Instituce, které dávají lidem pocit sounáležitosti a vlastní hodnoty jsou zdravější než ty, kde se lidé cítí vyloučení, nerespektováni a využíváni. Vlády by měly rozeznat, že sociální politika by měla být zaměřena jak na psychologické tak materiální potřeby: oba jsou zdrojem úzkosti a nejistoty. Vlády by zvláště měly podporovat rodiny s dětmi, činnost v komunitách, bojovat proti sociálnímu

vytlačení, snižovat materiální a finanční nejistoty a rozvíjet schopnost zvládání situací vzděláním a nácvikem dovedností.

2.2. Rané fáze života

Dobrým startem do života jsou podporující rodiče. Vliv raného vývoje a vzdělání na zdraví přetrvává celý život. Pozorování a intervenční studie ukazují, že základy pro zdraví v dospělosti jsou budovány již v raném dětství i před narozením. Pomalý růst a chabá emocionální podpora zvyšují celoživotní riziko špatného tělesného zdraví a kognitivních a emocionálních funkcí v dospělosti. Špatné rané zkušenosti a pomalý růst se vtisknou do biologie člověka během jeho vývoje a utváří základ jeho zdraví díky tvárnosti biologických systémů. Kognitivní, emoční a smyslové vjemy programují odpovědi mozku, tudíž nejistá emoční vazba a chabá stimulace mohou vést ke snížené připravenosti na školu, špatnému dosahování vzdělání a problémy s chováním, v dospělosti tedy sociální marginalizaci. Dobré zdravotní návyky jako např. střídme stravování, cvičení a nekuřáctví patří většinou k rodičům s dobrým vzděláním. Pomalý nebo zpomalený růst v dětství se pojí s pomalejším vývojem a zhoršenou funkcí kardiovaskulárního a dýchacího systému, pankreatu a ledvin, což zvyšuje riziko onemocnění v dospělosti. Nedobré poměry během těhotenství mohou vést k méně než optimálnímu vývoji plodu díky řetězci vlivů skládajícího se z nedostatečné stravy, stresu, větší pravděpodobnosti kuřáctví a konzumace alkoholu, nedostatku pohybu a neadekvátní prenatální péče. Špatný fetální vývoj znamená riziko pro pozdější život. Zkušenosti z dětství jsou důležité k získání biologického a lidského kapitálu, který má vliv na celoživotní zdraví.

Tato rizika vývoje dítěte jsou signifikantně větší mezi těmi v chudších socioekonomických poměrech a mohou být nejlépe snížena skrze zlepšení preventivní péče, tj. před prvním těhotenstvím, u matek a dětí pre- a postnatálně, skrze dětské kliniky, školní kliniky a zvýšení vzdělanosti rodičů a dětí. Takovéto zdravotní a výchovné programy přináší okamžitý užitek. Zlepšují znalost rodičů o potřebách jejich dětí a vnímání informací o zdraví a vývoji a zároveň zvyšují důvěru ve své vlastní rodičovské schopnosti. Opatření pro zlepšení rané fáze

života by se měla zaměřit na zvyšování obecné úrovně vzdělanosti, poskytnout rovné příležitosti k přístupu ke vzdělání, zlepšit zdraví matek a dětí z dlouhodobé perspektivy. Dále také poskytnout vhodnou stravu, zdravotní vzdělání, zdravotní zařízení a zařízení preventivní péče či adekvátní sociální a ekonomické prostředky před prvním těhotenstvím, během těhotenství a v dětství s cílem zlepšit růst a vývoj před narozením i během dětství, a tím snížit riziko onemocnění a malnutrice dítěte. Ideálně domácími návštěvami nebo podporou dobrých vztahů mezi rodiči a školou by se měl zajistit dobrý vztah mezi rodiči a dítětem již od narození; dále pak zvyšovat znalosti rodičů ohledně citových a kognitivních potřeb jejich dětí, stimulovat tento kognitivní vývoj a pro-sociální chování dítěte a bránit zneužívání dětí.

2.3. Sociální vyloučení a chudoba

Chudoba - ať už je definována v kategorii příjmu, sociálně-ekonomického postavení, životních podmínek nebo úrovně vzdělání - je největší a nejdůležitější samostatnou determinantou zdraví. Život v bídě souvisí s vyšší mírou konzumace látek jako je tabák, alkohol a drogy, s vyšším výskytem depresí, sebevražd, antisociálního chování a násilí a s vyšším rizikem konzumace závadné stravy a velkými fyzickými potížemi. V současnosti velký a stále se zvětšující počet obyvatel Evropy je vystaven riziku, že bude žít část svého života v bídě (6).

V důsledku stoupajících sociálně-ekonomických rozdílů rostou i nerovnosti v úrovni zdraví i ve společnostech žijících v blahobytu. Sociální gradient probíhá všemi společensko-ekonomickými skupinami, celou společností a celým životem. I když by státní zdravotní politika měla dávat přednost těm, kteří jsou na tom nejhůře, měla by věnovat pozornost i nerovnému poskytování výhod, které plynou ze společensko-ekonomického růstu a klást větší důraz na spravedlivější rozdělování sociálních výhod (dostupnost vzdělání, zaměstnání) mezi všechny sociální skupiny.

Život bídné kvality je také životem krátkým. Působením utrpení a zlosti stojí chudoba, sociální exkluze a diskriminace životy. Mají významný vliv

na zdraví a způsobují předčasnou smrt. Pravděpodobnost života v chudobě mají mnohem větší určité sociálních skupiny. Absolutní chudoba je nedostatek základních materiálních potřeb k životu. I v těch nejbohatších evropských zemích nepřestává existovat. Nezaměstnaní, mnoho etnických minorit, přistěhovalci za prací, zdravotně postižení lidé, utečenci a bezdomovci jsou obzvláště rizikové skupiny. Lidé žijící na ulici nejvíce umírají předčasně (8). Relativní chudoba znamená, že je jedinec výrazně chudší než většina členů společnosti a je často definována jako život pod hranicí 60% středního národního příjmu. To brání lidem ve slušné úrovni bydlení, vzdělání, dopravě a dalším životně důležitým faktorům pro neomezené podílení se na životě. Vyloučení ze života společnosti a jednání jako ne se sobě rovným vede ke zhoršení zdraví a většího rizika předčasného úmrtí. Stres ze života v chudobě je zvláště škodlivý během těhotenství, u kojenců, dětí a starých lidí. V některých zemích až čtvrtina celé populace a ještě větší část dětí žije v relativní chudobě (Fig.3). Sociální exkluze je také výsledkem rasizmu, diskriminace, stigmatizace, nepřátelství a nezaměstnanosti. Tyto procesy brání lidem ve vzdělání, přístupu ke službám a občanských aktivitách. Jsou sociálně a psychicky ničivé, materiálně nákladné a zdraví škodlivé. Zvláště náchylní jsou lidé dříve nebo aktuálně žijící v institucích typu vězení, dětské domovy nebo psychiatrické léčebny. Čím déle žijí lidé v nevýhodných podmínkách, tím častěji trpívají různými zdravotními problémy, zvláště kardiovaskulárními chorobami. Lidé za svého života upadávají do chudoby a zase se z ní dostávají, takže počet těch, kteří chudobu nebo sociální vyloučení ve svém životě zažili, je mnohem vyšší než jsou aktuální čísla lidí žijících v chudobě právě nyní. Chudoba a sociální vyloučení zvyšují riziko rozvodu, postižení, nemoci, závislosti a sociální izolace, ale platí to také opačným směrem, čímž se utváří začarovaný kruh, který kritickou situaci jen prohlubuje. Kromě přímého vlivu na zdraví, existuje také jeho nepřímé ovlivnění životem v oblastech a městských čtvrtích zničených nehromaděním deprivace, vysoké nezaměstnanosti, špatné kvality služeb a životního prostředí.

Každá vláda dokáže významně ovlivnit distribuci příjmů politikou daní, sociální podpory, zaměstnanosti, vzdělání, ekonomického managementu a dalšími

aktivitami. Nezlomné důkazy o jejich vlivu na úmrtnost a nemocnost kladou na společnost povinnost eliminovat absolutní chudobu a snížit materiální nerovnosti. Všichni občané by měli být chráněni minimálním garantovaným příjmem a přístupem ke službám. Intervence ke snížení chudoby a sociálního vyloučení jsou potřeba jak na úrovni individuální, tak komunitní. Legislativa může pomoci chránit minority a náchylné skupiny obyvatel před diskriminací a sociální exkluzí. Veřejná zdravotní politika by měla odstranit překážky k přístupu ke zdravotní péči, sociálním službám a dostupnému bydlení. Trh práce, vzdělání a politika podpory rodin by měla mířit ke snížení sociální stratifikace.

2.4. Pracovní podmínky

Výsledky mnoha studií ukazují, že psychosociální prostředí v práci je důležitou determinantou zdraví a přispívá k sociálnímu gradientu ve zdraví. Stres v pracovním prostředí zvyšuje riziko choroby. Lidé, kteří mají větší kontrolu nad svou prací, mají lepší zdraví. Obecně je pro zdraví prospěšnější mít nějaké než žádné zaměstnání. Sociální organizace práce, styl managementu a sociální vztahy na pracovišti, to vše ovlivňuje zdraví. Je dokázáno, že stres hraje důležitou roli v přispívání k rozdílu ve zdraví, nemocnosti a předčasných úmrtích v závislosti na velkých rozdílech v sociálním statutu. Několik evropských studií pracovního prostředí ukázalo, že zdraví trpí tam, kde lidé mají málo příležitostí využívat své schopnosti a kde mají malou rozhodovací autoritu. Snížená kontrola nad prací je spojena hlavně se zvýšeným rizikem bolestí v bedrech, rizikem nemocnosti obecně a kardiovaskulárními chorobami (Fig.4). Tato rizika jsou nezávislá na psychologických vlastnostech studovaných lidí. Studie také zkoumaly, jak významnou roli v ovlivnění zdraví hrají pracovní nároky, jiné navíc vztah mezi pracovními nároky a kontrolou nad prací. Ukázalo se, že práce s vysokými nároky a zároveň špatnou kontrolou s sebou nesla obzvláště vysoké riziko. Některé studie udávají, že sociální podpora na pracovišti může působit protektivně. Dále se ukázalo, že neadekvátní odměna za úsilí práci věnované je spojena s kardiovaskulárním rizikem. Odměnou se rozumí jak peníze, tak společenský status či sebevědomí.

Zdraví a produktivita práce se mohou vzájemně pozitivně ovlivňovat. Pokud se zlepší podmínky v práci, utuží se tím zdraví pracovní síly, což povede k větší produktivitě práce a tím i příležitosti vytvořit ještě zdravější a produktivnější pracovní prostředí. Přiměřené přizvání zaměstnanců k rozhodování prospívá zdraví zaměstnanců na všech úrovních organizace, proto by se měl vytvořit mechanismus jak umožnit lidem ovlivnit charakter své práce a způsoby jejího zlepšování. Dobrý management by měl být schopen zajistit přiměřenou odměnu (peníze, status, sebevědomí) pro všechny zaměstnance. Dalším vhodným opatřením by bylo ergonomicky přiměřené pracoviště pro snížení výskytu postižení muskuloskeletárního systému a neměla by chybět ani efektivní infrastruktura legálních kontrol a inspekcí. To zahrnuje také služby odborníků vyškolených mimo jiné na včasnou detekci duševních potíží a následnou intervenci.

2.5. Nezaměstnanost

U zaměstnaných osob je patrná jasná souvislost mezi stupněm zaměstnanosti na jedné straně a úmrtností a nemocností (včetně míry absencí z důvodů nemoci) na straně druhé. Tento vztah přetrvává i tehdy, pokud se vezme v úvahu úroveň vzdělání a zajištěnost bydlení. Zřejmě to je možné vysvětlit vyšší kontrolou nad prací, vyššími požadavky a podporou u vyšších stupňů řízení.

Jak nezaměstnanost, tak nejistota pracovního místa mají na zdravotní stav zhoubný vliv. Zvyšují riziko psychologických a psychických poruch a sebevražd. U mladších skupin souvisí nejistota práce s horším zdravotním stavem, bez ohledu na vztah mezi sociální vrstvou a nezaměstnaností. Velké obavy o zajištění spravedlnosti ve zdraví vyvolává jak dlouhodobý růst nezaměstnanosti ve většině západoevropských zemí, tak její překotné zvýšení v SNS.

Vzdělání je významnou determinantou zdravotního stavu. Úroveň vzdělání souvisí s mírou úmrtnosti a nemocnosti. Tento vztah je obdobný i u výše příjmů. Materiální a kulturní zdroje v rodině výrazně ovlivňují dosažené vzdělání dětí. Kvalifikovanost člověka je dána vzděláním, a také proto je v dostupnosti

zaměstnání a výši příjmů patrný silný sociálně-třídní gradient. Děti, které dosáhnou vyšší úrovně vzdělání nebo technické kvalifikace, mají mnohem větší šanci na dobré zdraví i na získání místa a vyšší plat.

Nezaměstnanost má vliv na psychologické (hlavně úzkost a deprese) a duševní poruchy, subjektivní hodnocení špatného zdravotního stavu, onemocnění srdce a rizikové faktory pro ně. Velmi nevyhovující a nejisté zaměstnání však může být stejně škodlivé jako nezaměstnanost. Mít práci ještě neznamená být chráněn před škodlivým působením na tělesné a duševní zdraví, kvalita práce je neméně důležitá (Fig.5).

Během devadesátých let způsobily změny v ekonomikách a pracovních trzích mnoha industriálních zemí zvýšení nejistoty práce. Tato pokračující nejistota působí jako chronický stresor, jehož důsledky rostou s časem expozice; zkracuje období bezchorobí a zvyšuje využívání zdravotnických služeb. Zdravotní důsledky se začnou projevovat ve chvíli, kdy se lidé začínají obávat o své zaměstnání, tedy už předtím než se doopravdy stanou nezaměstnanými. Z toho plyne, že už obava ze ztráty zaměstnání je zdraví škodlivá. Nejistota práce s sebou přináší i zmnožení finančních problémů – zvláště dluhy.

Opatření by měla mít tři cíle: předcházet nezaměstnanosti; snížit těžkosti spojené s nezaměstnaností, vrátit lidi do práce, která není nejistá. První cíl je věcí managementu a ekonomie vlády. Např. omezení délky pracovní doby může být prospěšné, je-li spojeno s jistotou práce a satisfakcí. Dále by bylo vhodné vybavit lidi pro práci vzděláním s vysokým standardem a systematickým doškolováním. Také podpora v nezaměstnanosti má protektivní účinek na zdraví nezaměstnaných ale spíše tehdy, když její výše odpovídá velké části původní mzdy.

2.6. Sociální opora

Přátelství, dobré sociální vztahy a výkonný systém sociální podpory zlepšují zdraví doma, v práci i v komunitě. Sociální opora dává lidem emoční a praktické možnosti, které potřebují. Patřit k určité sociální síti komunikace a vzájemné pomoci dává lidem pocit, že jsou pro někoho zajímaví, milováni, respektováni a váženi. To má silný protektivní vliv na zdraví. Podporující přátelství také může pomoci ke zdravějšímu způsobu chování. Opora funguje jak na individuální, tak na společenské úrovni. Sociální izolace a vyloučení jsou spojeny se vzrůstem předčasných úmrtí a se zhoršenými šancemi k přežití po infarktu myokardu. Lidé, kteří dostávají méně sociální a emoční opory od ostatních, mají zvýšené riziko depresí, komplikací těhotenství a závažnější postižení z chronické choroby. Navíc nedobré nejbližší vztahy mohou vést ke zhoršení duševního a fyzického zdraví. Množství emoční a praktické sociální podpory, kterou lidé dostávají, se liší v závislosti na sociálním a ekonomickém statutu. Chudoba přispívá k sociální exkluzi a izolaci. Sociální koheze, definovaná jako kvalita sociálních vztahů a existence důvěry, vzájemné pomoci a respektu v komunitě nebo širší společnosti, pomáhá chránit lidi a jejich zdraví. Nerovnost rozrušuje dobré sociální vztahy. Společnosti s velkými nerovnostmi v příjmu mají tendenci ke zhoršené sociální kohezi a násilnější kriminalitě. Vysoká úroveň vzájemné pomoci pomáhá chránit zdraví, zatímco destrukce sociálních vztahů, někdy následující po velkých nerovnostech, ničí vzájemnou důvěru a zvyšuje násilnou činnost. Studie komunit s vysokou úrovní sociální koheze prokázala snížení výskytu nemocí koronárních tepen. Když se koheze zhoršila, výskyt tohoto onemocnění vzrostl. Další pokusy ukazují, že dobré sociální vztahy, mohou snížit fyziologickou odpověď na stres. Intervenční studie prokázaly, že poskytnutí sociální opory může zlepšit pacientovu rekonvalescenci a těhotenství u žen z ohrožených skupin populace. Takto snížení sociálních a ekonomických nerovností a sociální exkluze vede ke zlepšení sociální koheze a lepšímu zdravotnímu standardu. Zlepšení sociálního prostředí ve školách, na pracovišti nebo v komunitě pomáhá lidem cítit se respektováni a podporováni v mnoha oblastech života, čímž přispívá ke zdraví, zvláště duševnímu. Také vytváření zařízení pro podporu setkávání a sociálních interakcí v komunitě by mohlo přispět

k lepší duševní pohodě. Ve všech oblastech života ať už osobních nebo institucionálních, bychom se měli vyhnout praktikám, které zařazují někoho jako sociálně níže postaveného nebo méněcenného, neboť jsou sociálně rozvratné.

2.7. Závislost

Ačkoli je konzumace alkoholu, drog a tabáku samostatnou volbou jedince, je do značné míry ovlivněna sociální situací daného jedince. Užívání drog je jednak odpověď na sociální rozpad, ale také důležitý faktor zhoršování nerovností ve zdraví. Drogy poskytnou svému uživateli zázračný únik z neštěstí a stresu, ale pouze tak celý problém zhoršují. Závislost na alkoholu, ilegálním užívání drog a kouření cigaret jsou úzce spojeny se známkami sociálního a ekonomického znevýhodnění (Fig.7). V některých transformujících se ekonomikách zemí střední a východní Evropy byla poslední dekáda časem velkého sociálního pozdvižení. V důsledku toho úmrť spojená s alkoholem (nehody, násilné činy, otravy, úrazy a sebevraždy) masivně vzrostla. Závislost na alkoholu se pojí s násilnou smrtí také v jiných zemích. Kauzalita je obousměrná. Lidé se obrací k alkoholu, aby si zmírnili bolest z ekonomických a sociálních podmínek a závislost na alkoholu je pak vede k poklesu na společenském žebříčku. Ironií je, že kromě dočasné úlevy od reality, alkohol naopak zesiluje faktory, které původně vedly k jeho konzumaci. Totéž platí pro tabák. Sociální deprivace, jako špatné bydlení, nízký příjem, osamělé rodičovství, nezaměstnanost nebo bezdomovectví, je spojena s vysokým výskytem kuřáctví a velmi nízkým zanecháváním kouření. Kouření je jedním z hlavních výdajů chudých a obrovským důvodem zhoršení zdraví a předčasné smrti. Nikotin však nenabízí úlevu od stresu nebo zlepšení nálady. Konzumace alkoholu, kuřáctví a užívání drog je rozvíjena agresivním marketingem a reklamou mnoha transnárodních společností a organizovaným zločinem. Jejich aktivity jsou hlavní překážkou opatření pro snížení konzumace u mladých lidí; tichý souhlas s jejich pašováním, zvláště v případě tabáku, brání úsilí vlád o nastolení cenových mechanismů k omezení jejich konzumace. Způsob, jak zacházet s těmito problémy s legálním i nelegálním užíváním drog, musí být takový, aby léčil a podpořil lidi, kteří již vyvinuli návykové chování, ale také řešil sociální deprivaci, odkud problémy pocházejí. Opatření by měla

regulovat dostupnost látek skrze nastavení cen a udělování licencí, ale také informovat lidi o méně škodlivých způsobech užití, poskytnout zdravotní vzdělání, které by zabránilo dalšímu náboru mladých lidí, a zajistit efektivní léčebné služby pro závislé. Žádné z těchto opatření však neuspěje, pokud sociální faktory, které plodí užívání drog, zůstanou nezměněny. Snažit se svalit veškerou odpovědnost na uživatele je zřetelně neadekvátní reakce. Tím totiž svalujeme vinu na oběť spíše než řešíme provázané sociální okolnosti, které podmiňují užívání drog. Efektivní drogová politika musí být podpořena soustavou sociální a ekonomické politiky.

2.8. Strava

Zdravá strava se stala politickou záležitostí, neboť globální trh ovládá zásobování jídlem. Nedostatek jídla a omezený výběr vede k malnutrici a chorobám z nedostatku určitých složek v potravě. Nadměrný příjem (také forma malnutrice), přispívá ke vzniku kardiovaskulárních chorob, diabetu, rakoviny, degenerativních očních chorob, obezity a zubních kazů. Chudoba v jídle existuje ruku v ruce s nadměrným příjmem. Dostupnost a cena zdravé a výživné stravy je důležitou otázkou veřejného zdraví (Fig.8). Přístup k dobré a finančně dostupné stravě dokáže lidem více změnit jídelníček, než vzdělávání ve zdraví. Ekonomický růst a zlepšení úrovně bydlení a hygieny spolu přinesli epidemiologický posun od infekčních k chronickým chorobám - onemocnění srdce, mozku a nádorová onemocnění. Tento jev provázela také změna stravování, kdy lidé zvláště ze západní Evropy začali konzumovat přemíru energie – ztužené tuky a cukry, což vede k nárůstu obezity. Obezita se rozšířila jak mezi bohatými, tak mezi chudými. Světový obchod s potravinami je nyní velmi lukrativní. Zásobování potravinami je ovlivněno silami globálního trhu, kterému napomáhají všeobecné obchodní dohody a dohody o cenách a tarifech a společná zemědělská politika Evropské Unie. Mezinárodním komisím jako je Codex Alimentarius, které určují standardy kvality a bezpečnosti, chybí reprezentanti veřejného zdravotnictví, zatímco zájmy potravinářského průmyslu jsou silné. Lokální produkce potravin má šanci být dlouhodobě udržitelnější, dostupnější a zároveň podporou domácí ekonomiky.

Sociální a ekonomické poměry vytvářejí sociální gradient v kvalitě stravování, který přispívá k nerovnostem ve zdraví. Hlavním rozdílem ve stravování mezi společenskými třídami jsou zdroje živin. V mnoha zemích mají chudí tendenci k náhradě čerstvé stravy levnější zpracovanou potravou. Vysoký příjem tuků je častý ve všech sociálních skupinách. Lidé s nízkým příjmem jako mladé rodiny, starší lidé a nezaměstnaní mají nejhorší možnosti zdravého stravování. Pro prevenci chronických onemocnění je cílem dieta s vysokým obsahem čerstvé zeleniny, ovoce a luštěnin a také co nejméně zpracovaných potravin na bázi škrobu. Naopak se doporučuje méně konzumovat živočišné potraviny, rafinovaný cukr a sůl. Na těchto pravidlech stravování se dohodla přes stovka expertních komisí. Lokální, národní a mezinárodní vládní agentury, nevládní organizace a potravinářský průmysl by měl zajistit, aby zahrnutím veřejně zdravotního hlediska do stravovacího systému byly poskytnuty dostupné a na živiny bohaté čerstvé potraviny zvláště těm nejvíce zranitelným; dále pak zajistit demokratické a průhledné rozhodování o všech otázkách regulace potravin za účasti všech vlastníků kapitálu i konzumentů; podpora udržitelného zemědělství a metod produkce potravin, které chrání přírodní zdroje a životní prostředí. Prospěšné by bylo i posílit zdravou stravovací kulturu, zvláště skrze školní vzdělávání, rozvíjet povědomí lidí o jídle a nutrici, kuchařské schopnosti, pěstování potravin a nezapomínat na společenskou hodnotu přípravy jídel a jejich společné konzumace. Užitečné informace o jídle, dietách a zdraví by měly být dostupné a zaměřené zvláště na děti.

2.9. Doprava

Zdravá doprava znamená méně řízení aut a více chůze nebo jízdy na kole a dobrou veřejnou dopravu. Jízda na kole, chůze a používání veřejných dopravních prostředků podporuje zdraví čtyřmi způsoby: jsou zdrojem aktivního pohybu, zvyšují společenský kontakt, snižují počet smrtelných nehod a zmírňují znečištění ovzduší. Proces mechanizace zredukoval aktivní pohyb při práci a domácích pracích na minimum a tak přispěl k rostoucí epidemii obezity. Lidé musejí nacházet nové způsoby, jak zahrnout pohyb do svých životů. Politika dopravy

může hrát klíčovou roli v boji se sedavým způsobem života. Je nutno se začít méně spoléhat na auta, více chodit a jezdit na kole a rozšířit síť veřejné dopravy. Pravidelné cvičení chrání proti srdečním chorobám tím, že snižuje obezitu a zpomaluje nástup diabetu. Dále napomáhá k pocitu větší pohody a chrání starší lidi před depresí. Snížení dopravy na cestách vede k menšímu počtu úmrtí na silnicích a menšímu počtu vážných úrazů. Automobilové nehody zraňují cyklisty i chodce, zatímco cyklistické nehody zraní jen velmi málo lidí. Dobře naplánované městské prostředí, které odděluje cyklisty a chodce od automobilové dopravy, zvyšuje bezpečnost jízdy na kole a chůze. Na rozdíl od aut, které oddělují lidi od sebe, jízda na kole, chůze a veřejná doprava stimuluje společenskou interakci na ulici. Silnice odděluje komunity na obou stranách jednu od druhé. Čím méně chodců, tím méně jsou ulice společenským prostorem a ojedinelí chodci se mohou obávat přepadení. Navíc předměstí, která jsou dostupná jen autem, izolují lidi bez aut – zvláště mladé a staré. Sociální izolace a nedostatek komunitní interakce se silně pojí s horším zdravím. Omezení silniční dopravy snižuje její škodlivý vliv na životní prostředí. Chůze a jízda na kole nevedou ke globálnímu oteplování, nezpůsobují nemoci ze znečištění ovzduší, nedělají hluk a jsou volbou pro ekologická města budoucnosti.

Dvacáté první století musí zredukovat závislost lidí na autech. Přes všechny škodlivý vliv na zdraví stává se jízda autem ve všech evropských zemích stále častější a chůze nebo jízdy na kole ubývá (Fig.9). Národní a lokální veřejná politika musí tento trend obrátit i přes lobby v dopravě. Na využívání aut k dopravě totiž vydělává také průmysl olejový, gumárenský, dopravně stavební, výrobci aut, prodejci a opravny a reklamní průmysl. Silnice by měly dávat přednost jízdě na kole a chůzi na krátké vzdálenosti, zvláště ve městech. Veřejná dálková doprava by se měla zlepšit tak, aby zajistila pravidelné a časté spojení do vesnic. Politika podnětů by se měla změnit směrem od státní podpory pro budování silnic ke zvýšení finanční podpory veřejné dopravy, k vytvoření daňového zatížení pro používání aut za obchodními účely a ke zvýšení poplatků a pokut za parkování. Je zapotřebí také změnit územní plánování jako např. převedení území silnic na zelený prostor, odstranění míst pro parkování, převedení silnic na cyklistické a pěší užití, zmnožit autobusové a cyklistické jízdní

pruhy a zastavit vznik řídce obydlených předměstí a mimoměstských supermarketů, které zvyšují užívání aut. Čím dál více důkazů existuje o tom, že výstavba většího množství silnic podporuje užívání aut, zatímco dopravní omezení mohou, na rozdíl od očekávání, pomoci řešit dopravní zácpy (8).

3. Metody výzkumu, měření

Metodologická poloha problému rovnosti spočívá především v obtížnosti měření a srovnatelnosti ukazatelů zdravotního stavu v různých sociálně diferencovaných skupinách populace nebo v mezinárodním srovnání. Jde o definování socioekonomických kritérií, která jsou relevantní pro vysvětlení nerovností ve zdraví mezi lidmi. Dále jde o způsob získávání dat, která spojují socioekonomický status s ukazateli zdravotního stavu.

V klasických tržně orientovaných demokratických státech je pro stratifikaci společnosti používáno šesti statusových kategorií od nejnižší po nejvyšší sociální třídu. Pro charakteristiku těchto tříd jsou důležité kategorie vlastnictví, vzdělání, profesionálního uplatnění, příjmu a bydlení., které představují dosti stabilní ukazatele příslušnosti k té či oné sociální třídě. Přesto při mezinárodních komparacích mohou existovat interkulturální či historické rozdíly, např. při zařazení některých povolání do příslušných tříd (např. rozdílné postavení taxikáře nebo lékaře v USA a ČR), rozdílná prostupnost tříd, vnitrotřídní distance apod.. Potíže nastávají také proto, že ani západní rutinní zdravotnické a vitální statistiky nepoužívají běžně ukazatele sociálního statutu a tudíž musí být tyto údaje zjišťovány prostřednictvím speciálních výběrových šetření (např. The Black Report z r. 1982 podávající první zprávu o nerovnostech ve zdraví v Evropě, HIS ČR 93– Health Interview Survey – první v ČR).

Z hlediska péče o zdraví je vedle klasických ukazatelů zdravotního stavu rozhodujícím kritériem dostupnost zdravotnických služeb, zejména dostupnost primární péče. Samotné měření zdravotního stavu představuje balík metodologických problémů – srovnatelnost statistických údajů v mezinárodním

měřítka, schematičnost a spolehlivost rutinních statistik, možnosti a meze měření subjektivního zdraví, longitudinální studie, výběrová reprezentativní šetření surveyového typu, sekundární analýzy a historické komparace (12).

3.1. Vývoj výzkumu problematiky

Nerovnosti ve zdraví mezi různými skupinami obyvatel existují ve všech společnostech. Země po celém světě se shodly na tom, že rozdíly jsou mezi různými socioekonomickými skupinami. Výzkumy byly zaměřeny jednak na kontext nerovností ve zdraví (distribuce příjmů ve státě či regionu, ve kterém jedinec žije), jednak na individuální nerovnosti postihující členy nejrozdílnějších marginálních či znevýhodněných skupin. Kauzální hypotéza nerovností ve zdraví předpokládá, že sociálně ekonomický status je příčinou nerovností ve zdraví (11). Z výsledků studie R.G. Wilkinsona (1992) vychází, že z vyspělých západních států mají nejvyšší očekávanou délku života ty, které měly nejmenší rozdíly v příjmech svých občanů. Autor vyvodil, že o očekávané délce života nerozhoduje absolutní výše státního příjmu, ale způsob jeho (re)distribuce mezi občany. První studie se setkala s obrovským zájmem a byla jinými autory zopakována v USA (např. Kaplan et al.: 1996) s podobnými výsledky a kvalitnějšími daty. Výsledky těchto studií naznačily, že velké rozdíly v příjmech mají neblahé důsledky pro zdraví celé populace, a nikoli pouze pro občany s nižšími příjmy. Zastánci psychosociálního významu vysvětlovali nerovnosti ve zdraví deprivací, nerušením sociální koheze, sociální distribucí stresu a jeho latentních negativních důsledků, zatímco zastánci materiálního výkladu spíše nedostatečnými investicemi do veřejných zdrojů (bydlení, vzdělání, ochrana životního prostředí, ekonomický vývoj apod.). V průběhu výzkumu pomocí ověřovacích dobře kontrolovaných studií se začalo postupně ukazovat, že původní Wilkinsonovy výsledky se v evropských zemích nepodařilo ověřit a jako vysvětlení se nabízelo, že výsledky byly patrně artefakty, ke kterým vedl výběr dat, a také skutečnost, že ve studiích nebyl kontrolován jako proměnná individuální příjem. Autoři však uzavřeli, že platnost nelze zcela vyloučit. Výsledky dalších čtyř studií z roku 2000 vedly k názoru, že bude možné tuto tzv. „kontextovou linii“ výzkumu opustit, nicméně

Wilkinson v r. 2001 přinesl nové argumenty, a tak nezbývá než si počkat na další výzkumy, aby bylo možné odpovědět na otázku, který ze dvou táborů se mýlí (10).

3.2. *Různorodost měření a sledování nerovností ve zdraví ve světě*

Některé země měří nerovnosti ve zdraví na základě jejich geografického rozmístění, ať už v rámci téže země nebo ve srovnání s jinými zeměmi. Dánsko udává, že očekávaná délka života v Kodani je o 4 roky kratší než ve zbytku země. Ve Finsku jsou kardiovaskulární choroby čtenější na severu a východě země. Toto nelze vysvětlit pouze rizikovými faktory, takže se vliv rozdílů v životním prostředí, chování a sociokulturním prostředí považuje za alespoň částečné vysvětlení. Ve Skotsku bylo zkoumáno geografické rozmístění nerovností v rámci země, ale také ve srovnání s Anglií. Např. v letech 1998–2000 byl rozdíl v očekávané délce života u mužů v East Dunbartonshire a Glasgow 7.4 let. Ve srovnání s Anglií jsou ve Skotsku vyšší počty předčasných úmrtí ve všech sociálních skupinách a také rozdíly mezi nejbohatšími a nejvíce deprivovanými jsou ve Skotsku větší.

Výrazné rozdíly ve zdraví najdeme i mezi muži a ženami. V USA v r. 1998 zemřelo na onemocnění koronárních tepen 165 ze 100,000 žen a 265 ze 100,000 mužů. Finsko popisuje rozdíl sedmi let mezi očekávanou délkou života mezi muži a ženami, zatímco Anglie přibližně pět let. Rozdíly mezi etnickými skupinami jsou rovněž často popisovány na Novém Zélandě, kde je této oblasti věnována největší pozornost. Lidé „Maori“ a „Pacific people“ mají horší zdravotní stav na všech úrovních vzdělání či příjmů než Novozélandčané, kdy „Maori“ jsou na tom hůře než „Pacific“. V jiných zemích, jako např. v USA nebo Velké Británii, má nejhorší zdravotní stav populace imigrantů. Norsko se obzvláště zabývá sociálními nerovnostmi a z nich plynoucími nerovnostmi ve zdraví populace imigrantů z jiných než západních zemí.

Některé země systematicky sledují nerovnosti ve zdraví mnoha různých skupin. Švédsko, Anglie a Spojené Státy se shodly, že existují nerovnosti ve zdraví lidí v závislosti na socioekonomickém postavení, úrovni vzdělání, geografickém umístění, pohlaví, etnických skupinách a věkových skupinách. Navíc Spojené Státy přidávají i oblasti jako je zdravotní postižení a sexuální orientace, kde je nerovnosti ve zdraví také možno zaznamenat. Takto například mezi dospělými ve věku 65 – 74 let 34% z postižených přišlo o celý svůj chrup, zatímco to bylo pouhých 22% z těch bez postižení.

Anglické Cross-Cutting Review on Inequalities in Health ukazuje, jak různě se mohou nerovnosti ve zdraví manifestovat. Rozdíly ve zdravotním stavu mezi různými socioekonomickými skupinami ilustruje: očekávaná délka života, kde je rozdíl mezi první (nejbohatší) a pátou (nejvíce znevýhodněnou) společenskou třídou 7.4 let u mužů a 5.7 let u žen; kojenecká úmrtnost, kde jsou v první společenské třídě 4 úmrtí na 1000 živě narozených, zatímco v páté společenské třídě je jich 8.1 per 1,000; a riziko náhlých úmrtí u dětí, kde je to 16 na 100,000 ve třídě I ve srovnání s 83 na 100,000 ve třídě V. Vliv geografického umístění je ilustrována úmrtností na nemoc koronárních tepen. Počet úmrtí u lidí mladších 65 let v Manchesteru je 69.3 na 100,000, zatímco v Kensington and Richmondu to je 20.6 na 100,000. Podobně je u žen diagnostikovaných karcinomem prsu 71% přežití u těch, žijících v bohatších oblastech, ve srovnání s 63% žen z nejchudších oblastí. Konečně, mezi skupinami etnických minorit je kojenecká úmrtnost dětí žen narozených v Pákistánu dvakrát tak velká než je úmrtnost všech dětí narozených v Anglii.

4. Rozsah problému a aktuální trendy

Je málo dokumentů, které přesně ukazují, jaká část populace trpí nerovnostmi ve zdraví. Anglie odhaduje, že nejvážněji choroby dopadají na nejvíce znevýhodněných 30 – 40% populace. Pokud tedy chceme dostat svým cílům a snížit nerovnosti ve zdraví, musíme dosáhnout zlepšení v této skupině populace.

V současné době trvá znepokojení ze zvyšování nerovností ve zdraví. Některé země, jako např. Anglie, Švédsko, Severní Irsko, Skotsko a Nový Zéland popisují růst nerovností ve zdraví, ke kterému došlo v osmdesátých a devadesátých letech minulého století. Velké zhoršení z kraje let devadesátých rozebírají i dokumenty z Finska a Švédska. I Nový Zéland po velkém vyhodnocení z roku 1998 potvrdil, že se nerovnosti ve zdraví zhoršují, nicméně uzavřel, že budou s největší pravděpodobností ještě pokračovat v závislosti na trendech socioekonomických determinant. Rozsáhlá americká data o nerovnostech ve zdraví u různých vysoce rizikových skupin také poskytla zajímavé důkazy o trendech v těchto nerovnostech. Povzbuzující jsou data z let 1988 a 1998, kdy se rozdíl v očekávané délce života mezi bílými a černými Američany snížil jak u mužů, tak u žen. I ostatní rozdíly v mortalitě, morbiditě, rizikovém způsobu chování, využívání zdravotní péče aj. se podařilo zredukovat či dokonce eliminovat. Např. snížil se rozdíl v úmrtnosti na rakovinu a v počtu mamografií mezi bílými a Africkými Američany, nicméně naopak vzrostl rozdíl v diabetu, mateřské mortalitě a fetálním alkoholickým syndromu. Obyvatelé Tichomořských ostrovů zaznamenali snížení rozdílů ve vakcinaci proti chřipce, ale vzrostl rozdíl v počtu případů tuberkulózy. Mezi lidmi z nízkých socioekonomických poměrů došlo k povzbuzujícím zlepšením v míře kojení a užívání antikoncepčních prostředků. Naproti tomu se zvýšil rozdíl v podílu osob s nadváhou (4).

4.1. Rizikové skupiny ve světě

Ve všech zemích se ukazuje, že lidé z etnických menšin jsou náchylnější k nerovnostem ve zdraví. Patří mezi ně imigranti a žadatelé o azyl, jejichž přístup k základním službám je často omezen. Nicméně často také původní obyvatelstvo některých zemí bývá ve větším riziku. Patří k nim populace jako „Maori“ a „Pacific people“ Nového Zélandu, Kanadští Inuité nebo Saamové severských zemí. Také lidé s chronickými nemocemi, zdravotním postižením nebo lidé s mentálními poruchami jsou skupiny, které mohou trpět nerovnostmi ve zdraví více. Mnoho zemí nachází sociálně vyloučené skupiny lidí. Severní Irsko i Irsko upozorňují na potřeby lidí bez domova. V Irsku uplatňují dvě různé strategie

pro bezdomovectví (integrovanou a zvláštní pro mladé bezdomovce). Jiné země, Nový Zéland Austrálie a Anglie, se zabývají nerovnostmi ve zdraví u vězňů. Většina zemí zaměřila svou pozornost na vysoce rizikové skupiny dětí, jelikož nerovnosti ve zdraví v dospělosti mohou být často zpětně vysledovány až do prvních let života. Švédská nová veřejná politika zdraví tudíž předpokládá, že sociálně podmíněné nerovnosti ve zdraví jsou zakládány už v raném dětství a adolescenci. Na druhé straně, také staří lidé mohou trpět nerovnostmi ve zdraví. Spojené Státy objevily, že zatímco 45% diabetiků všech věkových skupin bylo vzděláváno ve věci diabetu, jen 27% diabetiků starších 75 let dostalo toto vzdělání.

Spojené Státy mají zdaleka nejrozsáhlejší systém pro hodnocení nerovností ve zdraví, a to napříč hned několika vysoce rizikovými skupinami. Zpráva z roku 1990 (Healthy People 2000) popsala rozdíly ve zdraví Amerických Indiánů/Aljašských původních obyvatel, obyvatel Asijských/Tichomořských Ostrovů, černochů/Afroameričanů, Hispánců/Latinoameričanů, lidí s nízkými příjmy a lidí se zdravotním postižením. Healthy People 2000 Final Review z roku 2001 odhalila smíšený pokrok v dosahování plánovaných zlepšení. Ojedinelým způsobem shromáždili data o morbiditě a mortalitě v těchto skupinách zároveň s daty o rizikovém chování (kouření, strava a konzumace alkoholu), rizikových faktorech (nadváha, obezita) a využívání zdravotnických služeb (návštěvy u zubaře, screening na nádory prsu, očkování a screening nově narozených). Tato data potvrzují komplexnost nerovností ve zdraví, neboť jednotlivé skupiny se značně liší v mortalitě, morbiditě, rizikovém chování i využívání zdravotnických služeb. Např. Američtí Indiáni/Aljašští původní obyvatelé mají nižší výskyt onemocnění koronárních tepen než bílí Američané, zatímco Afroameričané mají úmrtnost na tuto chorobu naopak vyšší. Naopak je tomu u porodní úmrtnosti, která je vyšší u Amerických Indiánů/Aljašských původních obyvatel než u bílých Američanů. Stejně tak u Hispánců/Latinoameričanů byla popsána nižší úmrtnost na rakovinu než u bílých Američanů, ale naopak vyšší úmrtnost na cirhózu jater. Rozdílnost je patrná také u rizikových faktorů jako např. kouření, kde Američtí Indiáni/Aljašští původní obyvatelé mají vyšší výskyt kouření než bílí Američané

zatímco u obyvatel Asijských/Tichomořských Ostrovů je výskyt kouření mnohem nižší. I využívání zdravotnických služeb vykazuje velmi komplexní charakter. Afroamerické ženy mají podobný počet mamografií jako bílé Američanky, zatímco Americké Indiánky/Aljašské původní obyvatelky je mají mnohem nižší. Na druhé straně obyvatelé Asijských/Tichomořských Ostrovů očkují své děti podobně často jako bílí Američané, zatímco Afroameričané mnohem méně.

5. Vztah socioekonomických faktorů ke zdraví v ČR

V ČR byla dosud problematice vlivu socioekonomických rozdílů ve zdraví populace věnována nedostatečná pozornost. Sociální rozdíly nebyly v době socialismu oficiálně přiznávány (12). Pro hodnocení nivelizované sociální struktury socialistické společnosti s netržní ekonomikou nebylo dost dobře možné použít klasických západních socioekonomických kategorií, neboť výše příjmů, dosažené vzdělání, profesionální uplatnění neodrážely skutečnou společenskou pozici jedince. Tento stav deformující tradiční sociální strukturu do značné míry přetrvává dosud. I přesto Sobotík a Drbal (1992) dokladují na základě analýzy dat FSÚ o zemřelých v r. 1989 podle věkových skupin, pohlaví a základních tříd jednotné klasifikace zaměstnání, že předčasná úmrtnost těch zaměstnaneckých kategorií, které spadají do nejnižší postavené socioekonomické třídy (nevyučení dělníci a zemědělci) je výrazně vyšší než u příslušníků ostatních zaměstnaneckých skupin. K dalším vhodným ukazatelům, které jsou k dispozici patří stav životního prostředí, vzdělání a příjem. Nezdravé životní prostředí vede ke kumulaci sociálně slabších vrstev společnosti a zvýšenému výskytu sociální patologie a marginality sekundárně zhoršující zdravotní stav.

Stejně jako jinde ve světě, tak i u nás se potvrzuje silný vztah mezi úrovní vzdělání a zdravotním stavem. Urban a Horná (1992) zjistili ve svém výzkumu, že lidé s nižším vzděláním mají vyšší celkovou nemocnost a větší incidenci některých chorob (dorsopatie, nemoci plic u mužů, diabetes a ICHS u žen). Sobotík a Rychtaříková (1992) prokázali analýzou dostupných statistik, že

v českých zemích byly v osmdesátých letech rozdíly v úmrtnosti mezi vysokoškoly a osobami se základním vzděláním ohromné. U mužů se základním vzděláním ve věkové kategorii 30-34 letých byla úmrtnost až šestinásobně vyšší než u stejně starých vysokoškoláků, ve starším věku byla dvojnásobně vyšší. U žen je vztah úmrtnosti a úrovně vzdělání všeobecně méně průkazný, přesto je situace v kategorii vysokoškolaček rovněž příznivější. Vzdělání žen se však promítá do kojenecké úmrtnosti, mrtvorozenosti a podílu dětí narozených s nízkou porodní hmotností samozřejmě v neprospěch matek se základním a nižším vzděláním. Vzdělání matek je pak důležité při výchově dětí, při volbě vhodných stravovacích a hygienických návyků a ovlivňování celkového životního stylu rodiny.

Kojenecká úmrtnost je pokládána za poměrně výstižný a citlivý ukazatel jak zdravotního stavu populace, tak sociálně ekonomických poměrů. Je cenná tím, že nepřímou zachycuje stěžejní společenské důsledky celého širokého komplexu zdravotně sociálních činitelů. Studie z roku 1997 sledovala souvislost kojenecké úmrtnosti za období 1990-1994 s vybranými charakteristikami okresů (17). I když tento pohled neopravňuje k žádným spekulativním interpretacím o příčinných závislostech, může pro vysvětlení regionálních rozdílů mnohé napovědět. Zjistila, že existuje vysoce významná korelace kojenecké úmrtnosti se standardizovanou úmrtností mužů, u žen se významnost nepotvrdila, dále se sňatečností, a rozvodovostí. Jako významná se projevila souvislost s počtem potratů na 100 narozených a relativně vysoká těsnost s podílem dětí s nízkou porodní hmotností. Z další kategorie ukazatelů se jako významná projevila souvislost s trestnými činy. Nebyla prokázána asociace s nezaměstnaností, se vzděláním, s průměrným procentem pracovní neschopnosti a ani s počtem lékařů na 10tis. obyvatel.

Bobák aj. (1994) zjistil analýzou výsledků studie MONICA realizované v r. 1988, že existuje výrazný vztah mezi vzděláním, věkem a výskytem kardiovaskulárních rizikových faktorů. Osoby s nižším vzděláním vykazují nepříznivější rizikový profil (kouření, obezita, cholesterol, krevní tlak) v mladším věku. Naopak, paradoxně, osoby s vyšším vzděláním mají více rizikových faktorů ve vyšším věku. Socioekonomický gradient je tedy rozdílný pro starší a mladší

věkovou skupinu a ukazuje pravděpodobně na posun tohoto gradientu všeobecně od převahy výskytu kardiovaskulárních onemocnění v socioekonomicky vyšších skupinách k jejich většímu výskytu v socioekonomicky nižších skupinách.

Také výběrové šetření ÚZIS v letech 1993 a 1996 posuzující především subjektivní zdravotní stav obyvatelstva ukázalo, že zdravotně se cítí lépe lidé s vyšším vzděláním. Podle šetření HIS CR 2002 – Kvalita života hodnotilo svou kvalitu života kladně celkem 73 % mužů a 71 % žen. Jako dobrý či velmi dobrý hodnotilo svůj zdravotní stav 66 % mužů a 58 % žen, což je však stále výrazně méně než je průměr za EU-15 (68 %) (19). Souvislost subjektivního zdravotního stavu a vzdělání prokázala také studie Žejglicová (2006). U dosaženého vzdělání se jako hranice jeho vlivu na zdraví ukázalo dosažení maturity, osoby vyučené a se základním vzděláním měly vyšší pravděpodobnost negativního hodnocení zdraví i dlouhodobých zdravotních problémů (20). Socio–ekonomické faktory jsou považovány za samostatné rizikové faktory především kardiovaskulárních onemocnění, a to i přesto, že jejich vliv na zdraví je z části dán ovlivněním faktorů životního stylu, jako jsou kuřáctví, způsob výživy nebo fyzická aktivita. Také v této studii se s rostoucím vzděláním snižoval podíl kuřáků a u žen i hodnota BMI.

V podmínkách ČR je diskutabilní souběžný vliv příjmu a vzdělání, jako je tomu ve stabilních demografiích, kde vyššímu vzdělání zpravidla odpovídá i prestižnější povolání a vyšší příjem. V ČR je sociální struktura dosud do určité míry deformována. Sociologické výzkumy ukazují na nespokojenost a pocit nespravedlnosti zejména u skupin s vyšším vzděláním (učitelé, lékaři, vědečtí pracovníci), jejichž naděje na vysoké mzdy zdaleka nebyly uspokojeny. Za těchto okolností lze předpokládat, že vliv vzdělání na zdravotní stav je u nás přímější, než u sekundárního vlivu příjmu, tedy významnější. Politika celkového zvyšování vzdělanostní úrovně populace, především prodlužování počtu let strávených školní docházkou, by mohla být účinným prostředkem posílení zdraví nejohroženějších skupin i celého národa.

Ukazatele zdravotních statistik ČR měly příznivý vývoj zhruba do roku 1970, poté ale měly sestupný trend. Wilkinson, který sociální kohezi považuje za jednu z nejmocnějších determinant zdraví, přičítá původní pozitivní vývoj tomu, že socialismus snížil relativní chudobu (21). Probíhající transformace české společnosti je spojena s výraznými změnami v její sociální stratifikaci. Chudoba má přímý vztah k vyšší úmrtnosti a zhoršení dalších ukazatelů zdravotního stavu. Nová sociální diferenciací pravděpodobně ovlivní i ukazatele zdravotního stavu těch sociálních skupin, které se ocitnou v sociálně rizikových podmínkách. Jde jednak o skupinu nezaměstnaných, ale také rodiny s nízkými příjmy, které se ocitají pod úrovní životního minima, starobních důchodců, etnické minority, především Romové, migranti a uprchlíci.

Oblasti s devastovaným životním prostředím, především se zhoršeným stavem ovzduší (severočeský a severomoravský region), se liší od zdravotního stavu celé zbylé populace. Některé studie upozorňují na vyšší výskyt respiračních a onkologických onemocnění a na koncentraci zdravotně sociálních problémů jako jsou drogové závislosti, pohlavní nemoci, potratovost, rozvodovost a vysoká sebevraždnost v těchto regionech. To vše se ovšem promítá do globálních ukazatelů zdravotního stavu jako je standardizovaná úmrtnost, střední délka života při narození a pracovní neschopnost. Trpí zde především děti, které se rodí s nižší porodní hmotností a mají celkově oslabený imunitní systém. Některé jiné studie však zpochybňují přímý vztah mezi znečištěním životního prostředí a zdravotním stavem obyvatelstva.

5.1. Současný výzkum

Studie Žejglicové (2006) zkoumala vliv socioekonomických faktorů na zdraví pomocí dvou celkových ukazatelů zdravotního stavu. Prvním ukazatelem bylo tzv. subjektivní hodnocení zdraví (SRH–Self rated health). Respondenti hodnotili svůj celkový zdravotní stav za posledních 6 měsíců. Druhým ukazatelem byla přítomnost dlouhodobých zdravotních obtíží trvajících déle než 6 měsíců. Ve sledované městské populaci uvedlo tyto obtíže celkem 52,9 % osob (50,7 %

mužů a 54,9 % žen, $p < 0,001$), jejich nejčastější příčinou byla onemocnění pohybového aparátu (33,6 % respondent) a onemocnění srdce a cév (12,6 %).

Oba ukazatele zdravotního stavu statisticky významně souvisely, s výjimkou rodinného stavu, se všemi posuzovanými faktory (vzdělání, ekonomická aktivita, finanční situace, rodinný stav), například 1,6x vyšší pravděpodobnost dlouhodobých obtíží měli respondenti s častým nedostatkem finančních prostředků v porovnání s osobami s dobrou finanční situací. Rodinný stav statisticky významně souvisel pouze s dlouhodobými zdravotními problémy. Osaměle žijící respondenti měli, ve srovnání s respondenty žijícími v partnerském svazku, nižší šanci mít tyto zdravotní obtíže. Ekonomická inaktivita, definovaná jako lidé, kteří nemohou pracovat, starající se o domácnost nebo v důchodu, byla v této i v dřívějších studiích spojena se zvýšeným rizikem nemoci (5).

Byl nalezen významný vztah mezi subjektivním vnímáním vlastního zdraví (SRH) i přítomností dlouhodobých zdravotních obtíží a socio-ekonomickými faktory. SRH bylo hodnocenými faktory ovlivněno silněji. Je to pravděpodobně dáno tím, že SRH se utváří na základě spolupůsobení biologických, psychických i sociálních faktorů a vypovídá nejen o tělesném zdraví, ale i o pocitu psychické a sociální pohody respondenta. Stanovení dlouhodobých zdravotních obtíží vycházelo pouze z údajů z dotazníku. Pro validaci získaných dat o zdravotním stavu byla u 50 respondentů z Karviné porovnána data z dotazníku s dokumentací praktických lékařů, údaje se shodovaly v 97 % případů. Informace o významné shodě nacházíme i v zahraniční literatuře. Proti očekávání byla pravděpodobnost dlouhodobých obtíží vyšší u osob žijících v partnerském svazku než u osob osamělých. Jedním z možných vysvětlení je větší péče, kterou věnují tito lidé svému zdraví.

Několik studií se pokusilo zdokumentovat nerovnosti ve zdraví skrze determinanty rizikového chování jako je konzumace alkoholu, kouření, obezita, fyzická aktivita, hypertenze a psychosociální rizikové faktory. V nedávné studii HAPIEE (Health, Alcohol and Psychosocial factors in Eastern Europe - Bobák et.

al. 2005) byl nalezen signifikantní inverzní vztah mezi rovnováhou mezi úsilím a odměnou v práci a konzumací alkoholu na populaci Karviné. Obezita zkoumaná na dětech školního věku byla u dětí rodičů s nižším vzděláním dvakrát tak častější než u dětí rodičů s vyšším vzděláním, zatímco opak byl pravdou při zkoumání nadváhy, která se více vyskytovala u dětí vzdělanějších rodičů. Byl zkoumán i BMI rodičů, který negativně koreloval s jejich úrovní vzdělání (5). V chudších zemích jako např. Uzbekistán je obezita nemocí bohatých, zatímco v bohatších zemích, jako ČR se zátěž obezitou přesouvá na chudší obyvatelstvo. Existuje málo studií, které osvětlují vliv psychosociálních faktorů a faktorů společenského kapitálu na propojení socioekonomického statutu a zdraví. Ty, které však byly provedeny, hlavně ve střední Evropě a Rusku, důležitost těchto faktorů uznávají.

Z výsledků studie HELEN lze vyvodit závěr, že primární prevence chronických neinfekčních onemocnění se musí kromě poskytování informací o významu zdravého životního stylu stále více zaměřovat také na poskytování programů, které pomohou se skutečnou změnou chování (obr.1). Při snaze zlepšit zdravotní stav naší populace je třeba také uvažovat o socio-ekonomických faktorech jako o významné determinantě ovlivňující zdraví.

Co se týče sekundární prevence, tedy dostupnosti akutní zdravotní péče u neinfekčních chorob, studie z roku 2001 ukázala, že lepší dostupnost akutních lůžek a angiografie pro akutní mozkové příhody byly v oblastech s vyšší hustotou populace (5). Nicméně i přes všeobecně lepší přístup ke zdravotní péči v těchto oblastech jsou městští chudí a etnické minority v městech znevýhodněni v přístupu ke zdravotní péči, a to zvláště ti, kteří nemohou poskytnout adresu trvalého bydliště nebo údaje o zaměstnání.

Studie jako HAPIEE neinfekčních nemocí budou v budoucnu opakovány a rozšiřovány. Opakované vyšetřování kohort se v letech 2006-2008 zaměří také na zdravé stárnutí a finanční pohodu. Kohorty všech zúčastněných zemí střední a východní Evropy a států bývalého Sovětského Svazu jsou nadále sledovány co se

týče mortality a nefatálních kardiovaskulárních událostí. Studie HAPIEE poskytne důležitý vhled do sociálních, behaviorálních a biologických faktorů ovlivňujících mortalitu a kardiovaskulární riziko v regionu (22).

5.2. *Etnické minority - Romové*

Poměrně špatný zdravotní stav Romů střední Evropy je dnes často zmiňován v rozrůstající se literatuře o lidských právech (14). Přesto existuje jen málo konkrétních informací o současném zdravotním stavu Romů v tomto regionu. Výzkumů, které by se konkrétně zabývaly souvislostí zdraví Romů se socioekonomickými charakteristikami, je ještě méně. Studie z roku 2001 hledala informace o zdravotním stavu Romů v České a Slovenské Republice a to systematickým vyhledáváním literatury o zdraví Romů, publikované v těchto dvou zemích. Publikovaného výzkumu o zdraví Romů je pomálu. Témata, která získala pozornost, jako nakažlivé choroby a sociální Darwinismus, ukazují spíše na starost o zdravotní potřeby majoritní populace, se kterou žijí. I z těchto omezených zdrojů je patrné, že zdravotní potřeby romské populace jsou značné. Dá se říci, že až na velmi málo výjimek, je zdravotní stav Romů horší než neromské populace, a to v obou sledovaných zemích. Zátěž romské populace nakažlivými chorobami je velká a nemoci spojené s nízkou hygienou se zdají být obzvláště důležité. Dokumentace o zdravotní péči poukazuje na špatnou komunikaci mezi Romy a zdravotními pracovníky a malé využívání preventivní péče. Přístup ke zdravotní péči je omezen z důvodů diskriminace, negramotnosti a často chybějících identifikačních dokumentů (5). Nedostatek výzkumu může být také způsoben jeho obtížností. Klasické epidemiologické studie rizikových faktorů u romské populace jsou komplikované nejen z důvodu obtížného přístupu mezi členy této populace, což souvisí s historicky založenou nedůvěrou k autoritám, ale také proto, že mnoho zkoumaných položek, jako např. strava, jsou tradičně z pohledu Romů jejich soukromou záležitostí, o které se s ostatními nediskutuje. Zdravotní potřeby Romů jsou těžko viditelné nejen pro nedostatek výzkumu, ale také proto, že chybí zastánce jejich věci. Od roku 1989 se čeští a

slovenští vědci odvrátili od výzkumu zdraví různých etnických skupin. Tento fakt pravděpodobně odráží vzrůstající citlivost ke stigmatizaci Romů, ale ztěžuje hledání způsobů, jak jejich podmínky zlepšit.

Zhoršené zdraví romské populace je dáno jejich dlouhodobou situací, nicméně také období transformace po roce 1989 pravděpodobně přispělo svým dílem ke vzrůstajícím nerovnostem. Je pravděpodobné, že změny v sociálním prostředí romské populace po roce 1989 (nezaměstnanost, nízké vzdělání a chudoba) mohly mít nepříznivý vliv na jejich zdraví. Je také snadno představitelné, že v novém systému zdravotní péče, který předpokládá mnohem aktivnější roli pacienta a zavádí několik přímých plateb za služby, lépe vzdělaní nebo společensky postavení budou spíše profitovat. Veřejné zdravotní služby jsou relativně nedostatečně rozvinuté a nevládních organizací, které by mohly zavádět opatření ohledně zdravotních potřeb minorit, je málo stejně jako mechanismů pro mezioborovou spolupráci, která je nutná pro efektivní řešení problému. Je zapotřebí dalších výzkumů o zdraví Romů se zvláštním důrazem na neinfekční choroby a na intervenci, která by jejich zdraví zlepšila.

„The United Nations Development Programme – UNDP“ a „the International Labour Organization – ILO“ podnikli studii na počátku tohoto tisíciletí. Byl to první vyčerpávající kvantitativní průzkum romské populace v Bulharsku, České Republice, Maďarsku, Rumunsku a na Slovensku. Průzkum na 5034 respondentech ukázal, že se zdraví romské populace během devadesátých let minulého století prudce zhoršilo. Průzkum UNDP/ILO použil subjektivní hodnocení zdraví. Přes 45% respondentů ve všech pěti zemích zhodnotilo své zdraví jako „nesitelné“ nebo „špatné“. Podstatně více těchto respondentů pocházelo z Maďarska a Rumunska (18).

5.2.1. Mortalita a očekávaná délka života

Neexistují oddělené statistiky pro úmrtnost a morbiditu různých etnických skupin a romská populace není odděleně kategorizována ve výzkumech zdravotní

péče. Nicméně data z období před rokem 1989 ukazují vyšší mortalitu u romské populace než u etnických Čechů a Slováků.

5.2.2. Perinatální ukazatele a reprodukce

Studie v Rozňavském regionu na Slovensku popsala, že perinatální úmrtnost u romských žen 1.5–2 krát vyšší než u neromské populace v letech 1996 – 1997. Autorové se domnívají, že „zdravotní povědomí populace“ je zvláště u Romů tím největším hendikepem ve snižování perinatální úmrtnosti na Slovensku. Populační studie 8938 neromských a 1388 romských žen hospitalizovaných v letech 1995 až 2004 zase ukázala, že porodní váha a gestační věk romských novorozenců byl o 373 g a 0.92 týdnů nižší než neromských novorozenců (15). Nejvíce přispělo k těmto etnickým rozdílům vzdělání matek, zatímco role zdravotního chování matek byla spíše skromná. Závěrem této studie bylo, že existují pozoruhodné rozdíly v porodních ukazatelích mezi romskými a neromskými matkami. Jejich důvody jsou komplexní ale zejména socioekonomické. V roce 1998 vyšla podobná studie poukazující na rozdíly v porodních údajích matek z různých sociálních poměrů v závislosti na vzdělání (16). Mimo jiné tato studie odhalila, že rozdíl ve střední porodní váze novorozenců matek se základním a univerzitním vzděláním se prohloubil za období od roku 1989 – 1996. Postnatální mortalita klesla nevíce u lépe vzdělaných a vdaných matek.

5.2.3. Infekční choroby

Zdravotní zátěž infekčními onemocněními je u Romské populace v České a Slovenské republice příliš vysoká na to, že jde o populaci žijící v industriální zemi. Obzvláště závažné jsou choroby spojené s nízkou hygienou. Informace o infekčních chorobách Romů pocházejí z vědecké literatury, převážně před rokem 1989 a z nedávných zpráv o jejich občasných rozšířeních. Závažné zdravotní problémy o rozsahu epidemie se vyskytly např. v roce 2003 ve třech vyloučených lokalitách s většinou romských obyvatel. Jednalo se o epidemii úplavice v lokalitě „Vagonka“ a v holobytech v lokalitě „Scovinecká“ v Karviné a dále o epidemii žloutenky v lokalitě „Klášterní kolonie“ v Orlové (13). Zdá se, že choroby jako hepatitida A, shigellosa, giardia a vši jsou stále značnými problémy v romské

komunitě. Tuberkulóza je zvláště rozšířená mezi staršími romskými muži. K udaným důvodům patří: nízký sociální status, nižší úroveň vzdělání a nedostatečný hygienický standard. Mikroepidemie tuberkulózy, mezi romskými dětmi byla zaznamenána z kraje let devadesátých. Existuje ovšem jedna zajímavá výjimka, snad potvrzující pravidlo, a tou jsou pohlavně přenosné choroby, které nejsou v romské populaci časté. Zřejmě je to díky tradičně konzervativním sexuálním hodnotám Romů, takže i prostituce je v jejich společnosti relativně novým fenoménem. Romové ve větším měřítku přistoupili k prostituci od roku 1989, v roce 1997 už ze 40 000 prostitutek v České Republice tvořilo 25 000 romské ženy. Kromě prostituce je novým fenoménem i drogová závislost. Oba jsou spojeny s podobnými riziky onemocnění jako jsou infekce HIV virem či hepatitidy, ale také s násilím a sebevraždou.

5.2.4. Neinfekční choroby

Na rozdíl od předchozích, existuje velmi málo informací o neinfekčních chorobách Romů. Právě tato onemocnění by se v dnešní době měla stát prioritou pro další výzkum (5). Ve studii obvodu Praha 5 bylo mnoho romských mužů zdravotně postižených většinou z důvodů neurologických nebo onemocnění kostí a kloubů či dýchacích cest.

Je jen málo zpráv o kardiovaskulárním onemocnění u Romů. Studie romské komunity ve slovenské vesnici Rakúsy od konce osmdesátých let ukázala, že kardiovaskulární onemocnění byla nejčastější příčinou úmrtí v romské komunitě. Identifikovala několik faktorů životního stylu jako vysoká konzumace živočišného tuku a nízká spotřeba zeleniny a ovoce, obezita, vysoká prevalence kouření – často od velmi malého věku, nedostatek fyzické aktivity a vysoká konzumace alkoholu. Zmiňuje také neochotu Romů aktivně se podílet na prevenci onemocnění a aktivitách k posílení všeobecného zdraví. Studie z roku 2003 vedená na jižním Slovensku objevila u Romů mnohem vyšší prevalenci k diabetu druhého typu a kardiovaskulárním onemocněním než u majoritní populace (18).

5.2.5. Způsob chování ke zdraví

Špatné zdraví Romů vědci přiřadili ke špatnému stravování romské populace, nezdravého životního stylu a k váhavé spolupráci v léčbě a prevenci. Zmíněná studie Prahy 5 uvádí, že Romové mají řadu na chování závislých zdravotních problémů. Podle studie Romové více kouří a trpí častěji respiračními nemocemi. Studie také udává, že Romové konzumují více alkoholu a následně mají více onemocnění jater a zažívacího traktu. Podle pediatrů Prahy 5 kojí romské matky kratší dobu a více kouří. Romská batolata mají častěji úrazy (hlavně opařeniny), průjmy a onemocnění kůže než etnicky české děti. Problémem je i rozšířená drogová závislost.

5.2.6. Růst a výživa

Od padesátých a šedesátých let, kdy se občas vyskytoval kwashiorkor a jiné formy malnutrice mezi romskými dětmi, zvláště mezi holčičkami, se situace rozhodně zlepšila. Podle studie z roku 1998 konzumují však romské děti méně ovoce a zeleniny stejně jako méně mléka a mléčných výrobků než děti české. Naopak na tuk a cukr bohaté potraviny konzumovaly romské děti čtyři a půlkrát tolik, než je doporučený denní příjem. Tato data mohou osvětlit, proč je u romských dětí vyšší výskyt obezity. Na otázku, co by romské děti rády jedly, odpovědělo 90% z nich, že pomeranče, jablka, banány, rajčata, okurky a brambory, které měly jen vzácně. Vzhledem k tomu, že přání dětí obvykle významně ovlivní výběr stravy, je tento fakt zarážející. Zřejmě to ukazuje na omezený výběr potravin v důsledku nízkého příjmu, jak se potvrdilo i v jiných zemích. Poukazuje to na důležitost faktorů jako dostupnost a cena, spíše než se soustředit výhradně na vzdělávání a informační kampaně. Ve slovenské studii z roku 1986 bylo prokázáno, že nedostatečná výživa může negativně ovlivňovat růst romských dětí. Také sekundární pohlavní znaky jako menarche nastupují později. Autoři studie se nesnaží o vysvětlení těchto pozorování, pouze říkají, že jasně zpomalený vývoj romských dětí vznikl kombinací faktorů genetických a faktorů životního prostředí.

5.2.7. Sastipen ČR – Zdravotně sociální pomocníci v sociálně vyloučených lokalitách

Nově vznikajícím problémem je zvětšující se skupina dospělých osob z romských komunit, kteří nejsou v péči žádného všeobecného lékaře a pokud o tuto usilují, bývají lékaři odmítáni, údajně z důvodu naplněnosti kapacity lékařské ambulance. Tento fakt již existující sociálně podmíněné nerovnosti ve zdraví mezi romskou a etnicky českou populací ještě více prohlubuje.

Myšlenka rozšíření prováděné terénní sociální práce ve vyloučených lokalitách v kraji o práci zdravotně sociálního pomocníka byla poprvé v České Republice realizována v rámci pilotního projektu v roce 2002 v Ostravě (13). Od září 2005 je projekt realizován v 7 krajích republiky – celkově pracuje na pozicích zdravotně sociálních pomocníků 19 žen. Realizátorem uvedeného projektu je romské středisko DROM, Brno. Projekt je financován z Evropského sociálního fondu. Jedná se o projekt s celorepublikovou působností, jehož cílem je zmírnění důsledků sociálního vyloučení obyvatel žijících v problematických lokalitách v oblasti péče o zdraví. V rámci projektu bylo v Moravskoslezském kraji zaměstnáno 5 zdravotně sociálních pomocnic, které budou pracovat zejména v prostorově izolovaných lokalitách Bruntálska, Ostravska, Orlovsko a Karvinska. Odborné vzdělávání zdravotně sociálních pomocnic zajišťuje v kraji Sociálně zdravotní fakulta Ostravské univerzity.

Romští poradci se často setkávají se zvýšeným výskytem chronických onemocnění dýchacích cest, kožních onemocnění, vrozených vývojových vad i ojedinělým výskytem TBC mezi obyvateli prostorově izolovaných lokalit.

6. Vypořádání se s nerovnostmi ve zdraví

6.1. Principy pro redukci rozdílů ve zdraví

Z nastíněných koncepcí pramení několik zásad pro uskutečnění změn směrem k větší rovnosti ve zdraví a v přístupu ke zdravotní péči (1).

6.1.1. Zlepšení životních a pracovních podmínek

Zdravotnický sektor pouze záplatuje poruchy zdraví, které nerovnosti vytvářejí. Zlepšení životních a pracovních podmínek je potenciálně výhodnější přístup než spoléhání se pouze na sektor zdravotnictví. Veřejná opatření, která pomáhají celé populaci mohou mít největší vliv právě na lidi žijící v nejhorších podmínkách. Mluvíme například o opatřeních jako jsou poskytnutí adekvátního a bezpečného bydlení, zásobování kvalitními potravinami s nutričními informacemi, zvýšení standardu bezpečnostních opatření při práci, kontrola životního prostředí a zásobování vodou. Zajištění co nejnižší nezaměstnanosti a zvyšování příjmu u nejnižších socioekonomických skupin pomáhá smazávat rozdíly mezi bohatými a chudými, což je jedno z nejlepších opatření k vyrovnávání rozdílů ve zdraví.

6.1.2. Pomoc lidem ke zdravějšímu životnímu stylu

Zdravějšího životního stylu lze dosáhnout například vytvářením volnočasových a sportovních zařízení snadno dostupných a cenově rozumných, ale také kontrolou a restrikcí propagace zdraví škodlivých produktů. Ty bývají často zaměřeny právě na chudší sociální skupiny, které se pak ocitají pod silnějším tlakem. Neméně důležité je zajistit dostatečnou informovanost všech sociálních skupin o zdraví a prevenci chorob.

6.1.3. Decentralizace moci, přímý podíl lidí na realizaci opatření

Plány a jejich realizace by měly být založeny na přáních a potřebách lidí ne na rozhodnutích zvenku. Vlastní účast lidí je jedním ze základních lidských práv a podmínkou existence i rozvoje občanské společnosti. Jedná se jak o možnost pečovat o své zdraví, tak o podíl na rozhodování, které zdraví ovlivňuje. Je třeba zlepšit informovanost o tom, jak se zdroje rozděluje a využívají.

6.1.4. Hodnocení faktorů ovlivňujících zdraví, mezesektorová spolupráce

Jelikož nejen zdravotní ale i ostatní sektory mají svůj vliv na zdraví populace, je zapotřebí úzká spolupráce a zároveň administrativní zajištění spolupráce na lokální, regionální a národní úrovni.

6.1.5. Společný zájem na mezinárodní úrovni

Je třeba si uvědomit, že snížení nerovností ve zdraví a zlepšení zdraví populace jedné země může působit opačně v jiných zemích. Například v oblasti výživy, Evropa může stimulovat jiné země ke změně zemědělství, jehož produkty méně odpovídají potřebám tamního obyvatelstva. Nebo naopak určité produkty mohou být exportovány ze zemí, kde jsou zakázány do jiných zemí, kde jsou stále povoleny. Také migrace z méně do více ekonomicky rozvinutých zemí může přispívat k nerovnostem ve zdraví v hostitelské zemi i zemi, odkud migranti odcházejí. Migrace např. zdravotnických profesionálů způsobuje potencionální problémy s udržením dostatečného počtu pracovníků v těchto službách. K nejdůležitějším oblastem mezinárodní spolupráce patří také kontrola znečišťování životního prostředí. V konečném důsledku má pomoc při zlepšování životního prostředí v méně rozvinutých zemí pozitivní vliv i na země bohatší.

6.1.6. Vysoký standard kvality péče dostupné pro všechny

Je třeba se aktivně podílet na zajišťování dostupné péče pro všechny a kontrolovat její kvalitu a ne se spoléhat na to, že zákonem dané služby budou v praxi doopravdy spravedlivé. Je důležité hodnotit vliv zdravotní politiky na přístupnost, kvalitu a využívání služeb znevýhodněnými skupinami obyvatel. Nejen, že by státní a veřejné instituce měly zajistit základní péči pro všechny, ale v závažnějších případech umožnit rozumnou individuální zdravotní péči, která bude přihlížet sociálním okolnostem a usilovat o to, aby se žádné z významných sociálních skupin nedostávalo menšího podílu zdravotní péče (7).

6.1.7. Výzkum, monitoring a evaluace

Pro redukci nerovností je nezbytné aktivní hledání informací o opravdovém rozsahu problému, to je: identifikace náchylných skupin a analýza

sociálních procesů vedoucí ke zhoršenému zdraví. Také monitoring efektivity opatření vede ke včasnému odhalení případných vedlejších účinků zavedených opatření, která někdy mohou být až kontraproduktivní (např. pozitivní diskriminace menšin může vyvolat vlnu hněvu a pocity nespravedlnosti u členů majoritní populace žijících v podobných podmínkách).

Závěr

Existenci nerovností ve zdraví a jejich závislost na socioekonomickém postavení jedince nelze popřít. Jsou popisovány v řadě studií po celém světě. Přednesené výsledky těchto studií naznačují, že medicína se čím dál více stává sociální vědou. S trochou ekonomie, sociologie, psychologie, neurobiologie a medicíny se přibližujeme porozumění, jak materiální nedostatek a jeho sociální význam ovlivňují fyzické zdraví člověka.

Fakt, že chudoba je jednou z nejmocnějších determinant zdraví uznává např. i Světová zdravotnická organizace, která si boj s nerovnostmi ve zdraví, klade za jeden ze svých základních cílů. Je vypracována podrobná strategie snižování těchto nerovností v rámci evropského regionu. Otázkou zůstává do jaké míry se jednotlivým státům vyplatí tuto strategii uplatňovat a jak v ní budou úspěšné. Pro monitoraci této úspěšnosti i pro ještě hlubší poznání problematiky je zapotřebí mnoha dalších výzkumů. Lepší povědomí o sociálně podmíněných nerovnostech ve zdraví pomůže k jejich efektivnějšímu řešení.

Je snadno představitelné, že snižováním materiálních a sociálních nespravedlností lze zlepšit nejen zdraví populace jako celku, ale také ovlivnit některé sociální problémy, které vzkvétají po boku špatného zdraví.

Souhrn

Spravedlnost ve zdraví, čili ekvita, je jednou ze základních hodnot člověka. Rozumí se tím spravedlivá příležitost pro každého dosáhnout svého plného zdravotního potenciálu. Ekvita se stala jedním z cílů strategie WHO/ Zdraví 21 pro evropský region na základě stále se množících informací o prohlubujících se rozdílech ve zdraví různých skupin populace. K ohroženým skupinám patří hlavně chudí, nezaměstnaní, etnické minority, imigranti. Předmětem mnoha složitých výzkumů je závislost zdravotního stavu na socioekonomickém statutu charakterizovaném zejména vzděláním, úrovní příjmu, profesionálním uplatněním, úrovní bydlení, vlastnictvím, regionem atd. Vědci se shodli na determinantách zdraví, ke kterým patří stres, sociální vyloučení, chudoba, pracovní podmínky, sociální opora, úroveň stravování atd. Problém sociálně podmíněných nerovností ve zdraví je předmětem výzkumu po celém světě. ČR tento trend následuje několika studiemi, které popisují závislost různých zdravotních charakteristik zejména na vzdělání. Romské populace se zdá být vystavena největšímu riziku jakožto marginalizovaná etnická minorita, nicméně existují již první pokusy o zlepšení jejich situace jako např. Sastipen ČR. K vypořádání se s nerovnostmi ve zdraví bude třeba ještě mnoho úsilí na všech úrovních společnosti, neboť jde o komplexní jev. Strategie Zdraví 21 pro evropský region si klade za cíl snížit nerovnosti ve zdraví o 25% do roku 2020.

Summary

Equity in health is one of the basic principles for human beings. It means that everyone should have a fair opportunity to attain their full health potential. Equity became one of the targets of the WHO strategy „Health for all in 21st century“ as information about widening gap between health of different populational groups are multiplying. The poor, the unemployed, ethnic minorities or immigrants are among the social groups at risk. Association between socioeconomic status characterized by level of education, income, housing, possessions, region of living etc. and health is a subject of complicated research. Scientists agreed on determinants of health as stress, social exclusion, poverty, working conditions, social support, food etc. Socially determined health is a subject of research all over the world. The Czech Republic follows the trend through several studies, that show clear association of different characteristics of health mostly with level of education. Roma population seem to be the most at risk as a marginalized ethnic minority. However, first attempts to help their situation exist, e.g. Sastipen ČR. Much effort, yet, is needed to tackle the inequalities in health. Action is required at all levels of society as we are dealing with a complex problem. Strategy Health for all in the 21st Century for the European Region sets its targets to lower the inequities in health by 25% by the year 2020.

Seznam použité literatury

- 1) WHITEHEAD, M.: The concepts and principles of equity and health. [on-line]. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 1990 [cit. 1.12.2006]. Dostupnost z: www.who.dk/Document/PAE/conceptsrpd414.pdf
- 2) WHITEHEAD, M.: Spravedlnost ve zdraví, MZ ČR, Praha 1994, 49s.
- 3) HOLM, S.: Private hospitals in public health systems. Hastings Center Reports, 1989, no 5, p 16-20
- 4) CROMBIE, I.K. et al.: Closing the Health Inequalities Gap: An International Perspective. [on-line]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005 [cit. 1.12.2006]. Dostupnost z: www.euro.who.int/Document/E87934.pdf
- 5) WALTERS, S., SUHRCKE, M.: Socioeconomic inequalities in health and health care access in central and eastern Europe and the CIS: a review of the recent literature. [on-line]. Venice: WHO European Office for Investment for Health and Development, 2005 [cit. 1.12.2006]. Dostupnost z: www.euro.who.int/Document/SED/Socioecon_ineq.pdf
- 6) ZDRAVÍ 21 Osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace.[on-line]. Praha: Světová zdravotnická organizace, 2000 [cit. 1.12.2006]. Dostupnost z: http://www.mzd.cz/data/c304/lib/who_zdravi21.rtf
- 7) HOLČÍK, J.: Zdraví 21 výklad základních pojmů, úvod do evropské zdravotní strategie. [on-line]. 2003 [cit. 1.12.2006]. Dostupnost z: www.ped.muni.cz/weduresearch/z21/zatim_txt/TOPK123456.pdf
- 8) WHO Centre for Urban Health and Centre for Health and Society University College London: Social determinants of health: the solid facts. 2nd edition, edited by: Wilkinson, R.G., Marmot, M. [on-line]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2003 [cit. 1.12.2006]. ISBN 92 890 1371 0. Dostupnost z: <http://www.euro.who.int/document/e81384.pdf>

- 9) WILKINSON, R.G.: Income distribution and life expectancy. *British Medical Journal* 304, 1992, 165-8.
- 10) ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V.: Sociálně založené nerovnosti ve zdraví: Současný vývoj ve světě a stav u nás. *Československá psychologie*, 2002, roč.46, č.3, s. 219-224
- 11) ŠOLCOVÁ, I.: 2.konference mezinárodní společnosti pro rovnost ve zdraví. *Československá psychologie*, 2002, roč.46, č.4, s.377
- 12) JANEČKOVÁ, H.: Sociologie medicíny v kontextu veřejného zdravotnictví. *Sociální rozdíly ve zdraví a zdravotní péči*. Praha: Edice Školy veřejného zdravotnictví, 1997. s. 32-43
- 13) BALABÁNOVÁ, H.: Strategie integrace romské komunity Moravskoslezského kraje na období 2006-2009. Odbor kultury a památkové péče, Krajský úřad Moravskoslezského kraje, 2006, str. 28, 50.
- 14) KOUPILOVÁ, I. et al.: Health needs of the Roma population in the Czech and Slovak Republics.[on-line]. London: European Centre on Health of Societies in Transition, 2001 [cit. 1.12.2006]. Dostupnost z :
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=11556609&dopt=Abstract
Full article:
http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VBF-43RJ6G67&_coverDate=11%2F30%2F2001&_alid=499696254&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_qd=1&_cdi=5925&_sort=d&view=c&_acct=C00053052&_version=1&_urlVersion=0&_userid=4517417&md5=bdc6282b659c5a139fb8bcc26bcd4fa8
- 15) BOBÁK, M. et al.: Unfavourable birth outcomes of the Roma women in the Czech Republic and the potential explanations: a population-based study.[on-line]. London : International Centre for Health and Society, Department of Epidemiology and Public Health, 2005 [cit. 1.12.2006]
Dostupnost z :
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?itool=abstractplus&db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=abstractplus&list_uids=16216117

- 16) KOUPILOVÁ, I. ET AL.: Increasing social variation in birth outcomes in the Czech Republic after 1989.[on-line].London:European Centre on Health of Societies in Transition, 1998 [cit. 1.12.2006]
Dostupnost z:
www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=AbstractPlus&list_uids=9736874&query_hl=10&itool=pubmed_docsu
[m](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=AbstractPlus&list_uids=9736874&query_hl=10&itool=pubmed_docsu)
- 17) HOLČÍK, J.: Kojenecká úmrtnost jako ukazatel zdravotního stavu populace ČR. .[on-line]. Brno: Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity v Brně, 1997 [cit. 1.12.2006] Dostupnost z:
<http://www.med.muni.cz/biomedjournal/pdf/supplementa/1998/supplementa-98.pdf>
- 18) WHO Regional Office for Europe and the Council of Europe
Development Bank : Health and Economic Development in South-Eastern Europe [on line], Paris, 2006, p. 38-40, 89-91, ISBN : 92-990037-1-8, ISBN : 92-890-2295-7. Dostupnost z:
<http://www.euro.who.int/Document/E89184.pdf?language=Russian>
- 19) Národní akční plán sociálního začleňování na léta 2004 – 2006, Česká republika [on line], MPSV ČR, 2004.
- 20) ŽEJGLICOVÁ, K. et al.: Výskyt rizikových faktorů chronických neinfekčních onemocnění včetně faktorů socioekonomických u městské populace České republiky středního věku – výsledky studie HELEN. Časopis lékařů českých, 2006, 145, č . 12, s. 936-942
- 21) ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V.: Sociálně založené nerovnosti ve zdraví. Psychologie v ekonomické praxi, 2000, r.35, č. 1-2, str.1-6
- 22) PEASSEY, A. et al.: Determinants of cardiovascular disease and other non-communicable diseases in Central and Eastern Europe: rationale and design of the HAPIEE study.[on-line].London : International Institute for Health and Society, Department of Epidemiology and Public Health, 2006 [cit. 1.12.2006] Dostupnost z:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=AbstractPlus&list_uids=17049075&query_hl=3&itool=pubmed_docsum

Seznam příloh:

Tab. 1-9, zdroj: viz literatura č. 8) <http://www.euro.who.int/document/e81384.pdf>

Fig. 1: Rozdíly ve SDŽ podle profese, Anglie a Wales 1997-1999

Fig.2: Riziko vzniku diabetu u mužů nad 64 let podle porodní váhy....

Fig 3: Podíl dětí žijících v chudých domácnostech

Fig 4: Subjektivně udávaná pracovní autonomie ve vztahu k incidenci kardiovaskulárních onemocnění

Fig.5: Vliv nejistoty zaměstnání na zdraví

Fig. 6: Úroveň sociální integrace a mortality v 5 prospektivních studiích

Fig.7: Socioekonomická deprivace a riziko vzniku závislosti na alkoholu, nikotinu a drogách, VB, 1993

Fig. 8: Úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění ve vztahu ke spotřebě ovoce a zeleniny ve vybraných evropských zemích

Fig.9: Využití dopravních prostředků, VB, 1985, 2000

Fig. 10: Vnímání vlastního zdraví podle pohlaví- HIS ČR 2000, www.uzis.cz

Fig. 11: Celkové vnímání zdraví- HIS ČR 2000, www.uzis.cz

Fig. 12: Spokojenost s vlastním zdravím - HIS ČR 2000, www.uzis.cz

Fig. 13: Hodnocení zapojení obyvatel ČR do zdravotní péče - HIS ČR 2000, www.uzis.cz

Fig. 14: Spokojenost obyvatel s fungováním zdravotnických služeb - HIS ČR 2000, www.uzis.cz

Fig. 15: Hrubá a standardizovaná úmrtnost v krajích ČR – zdroj: Zemřelí 2004, www.uzis.cz

Fig. 16: Standardizovaná úmrtnost ve vybraných okresech ČR - zdroj: Zemřelí 2004, www.uzis.cz

Fig. 17: Úmrtnost dle příčiny smrti a kraje bydliště, muži, ženy - zdroj: Zemřelí 2004, www.uzis.cz

Fig. 18: Úmrtnost dle příčiny smrti a kraje bydliště, muži, ženy – mapa. zdroj: Zemřelí 2004, www.uzis.cz

Fig. 19: Standardizovaná úmrtnost mužů ve vybraných státech podle příčiny smrti - zdroj: Zemřelí 2004, www.uzis.cz

Fig. 20: Standardizovaná úmrtnost žen ve vybraných státech podle příčiny smrti - zdroj: Zemřelí 2004, www.uzis.cz

Fig. 21: Kuřácké zvyklosti ve vztahu k pohlaví a vzdělání – viz literatura č. 20

Přílohy

Fig. 1. Occupational class differences in life expectancy, England and Wales, 1997–1999

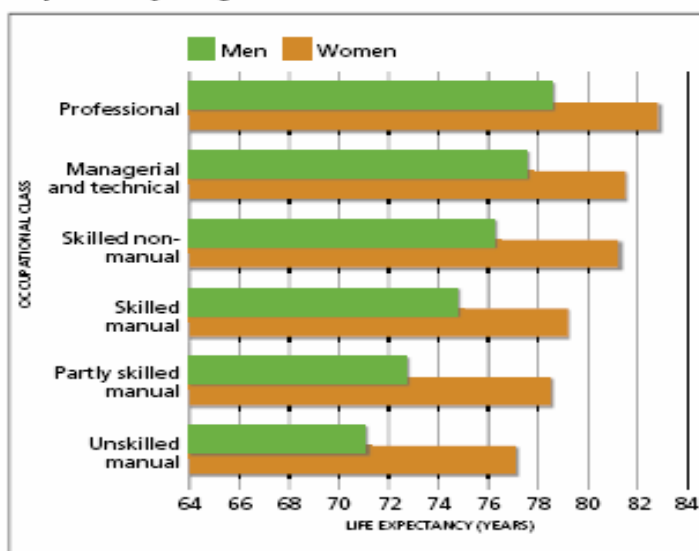


Fig. 2. Risk of diabetes in men aged 64 years by birth weight

Adjusted for body mass index

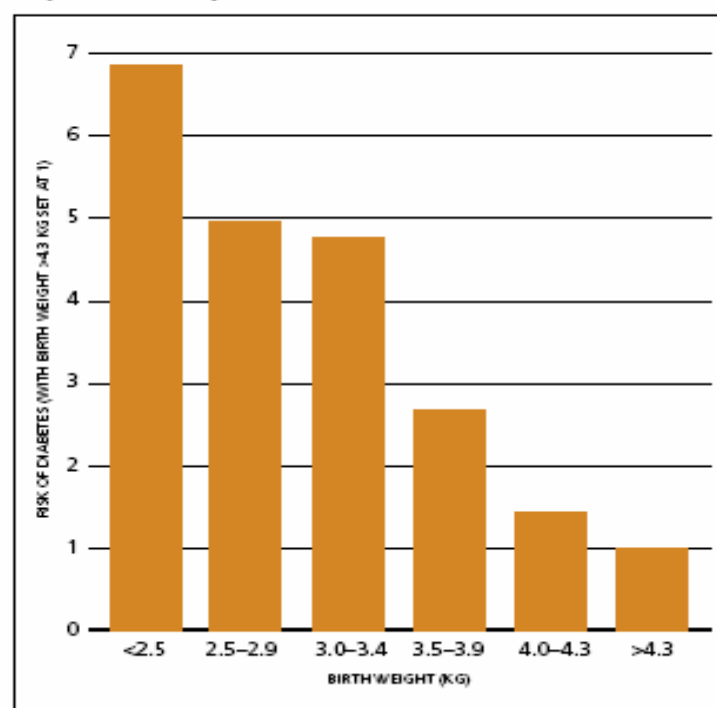


Fig. 3. Proportion of children living in poor households (below 50% of the national average income)

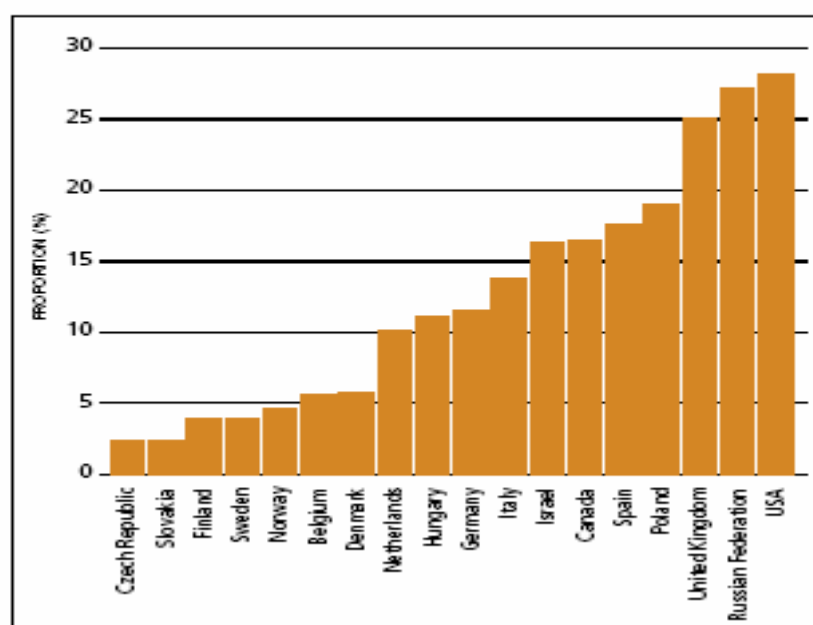


Fig. 4. Self-reported level of job control and incidence of coronary heart disease in men and women

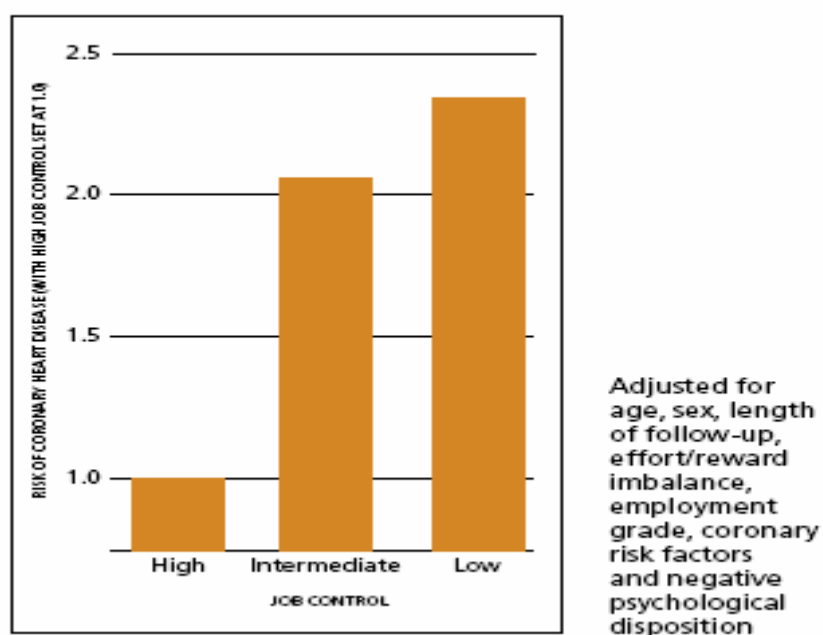


Fig. 5. Effect of job insecurity and unemployment on health

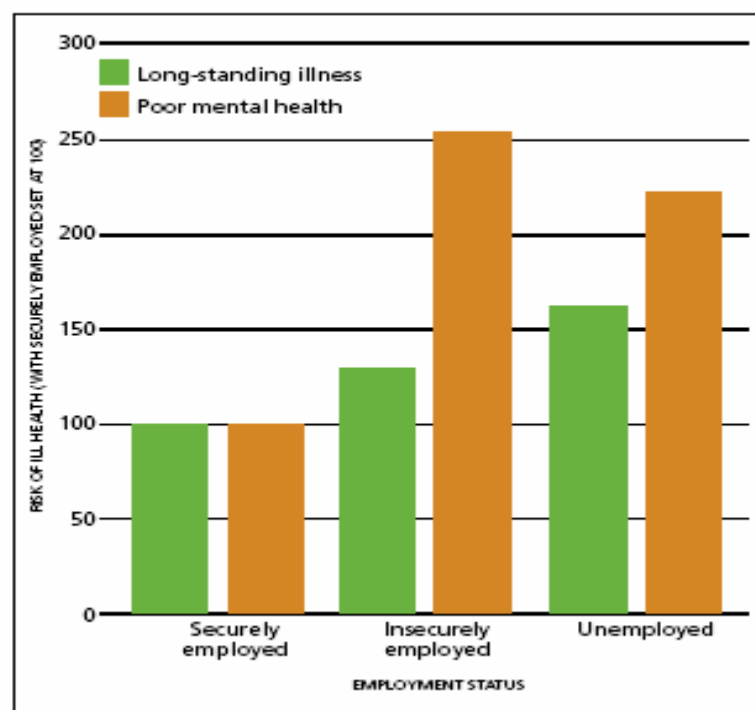


Fig. 6. Level of social integration and mortality in five prospective studies

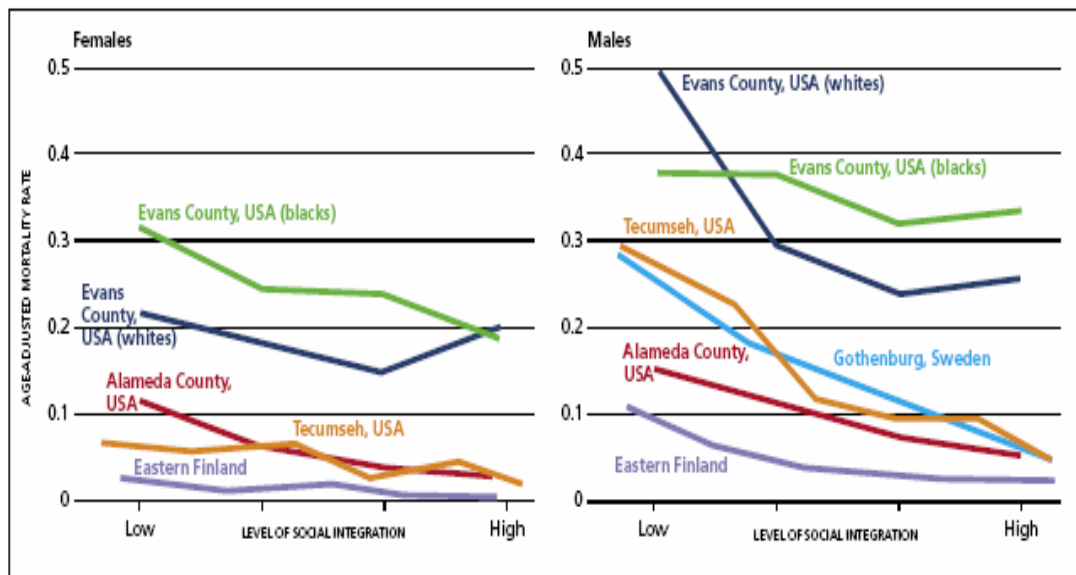


Fig. 7. Socioeconomic deprivation and risk of dependence on alcohol, nicotine and drugs, Great Britain, 1993

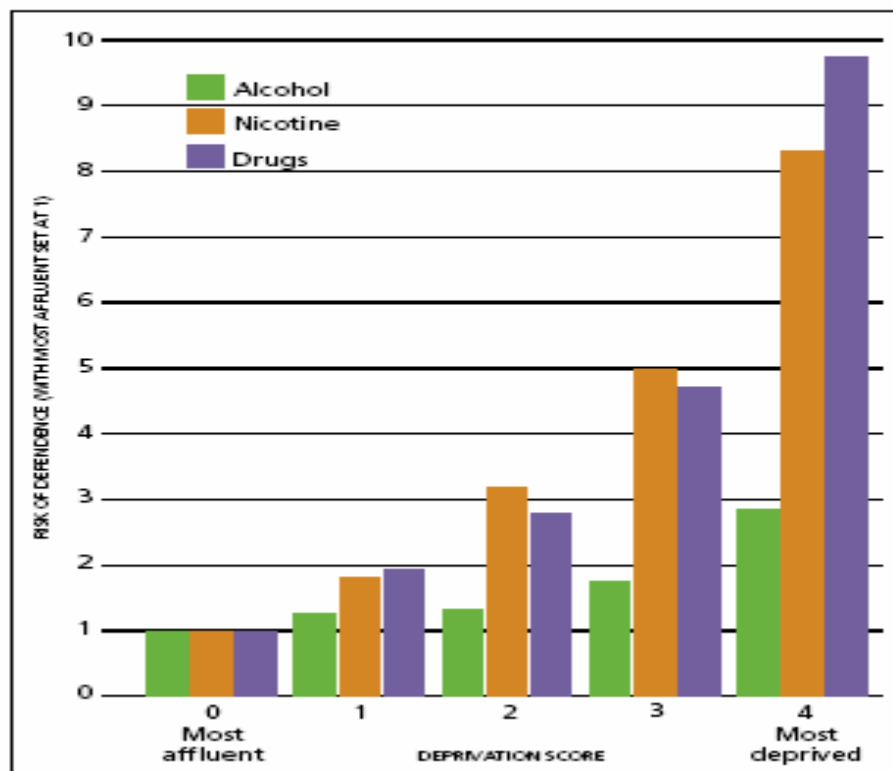


Fig. 8. Mortality from coronary heart disease in relation to fruit and vegetable supply in selected European countries

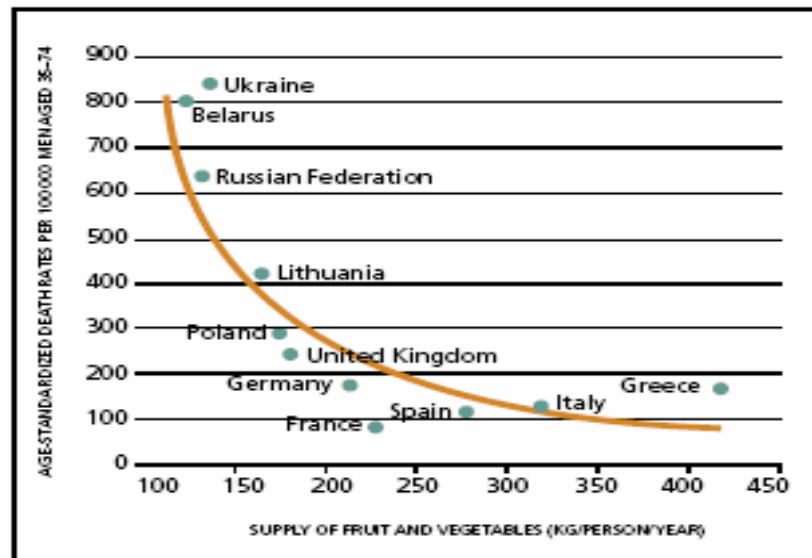
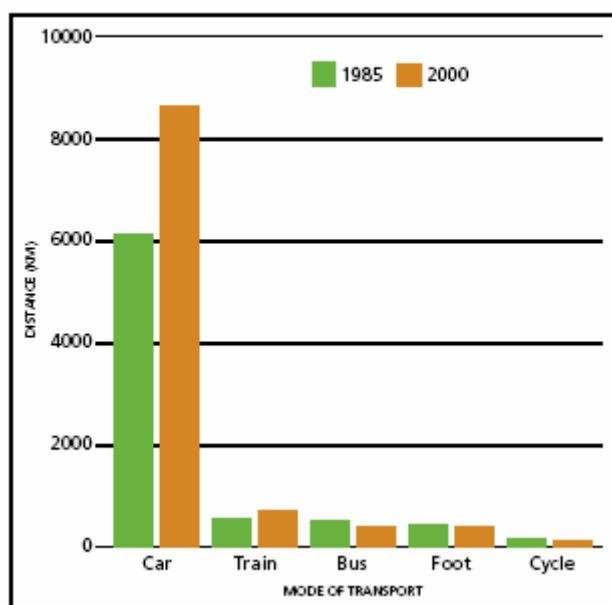


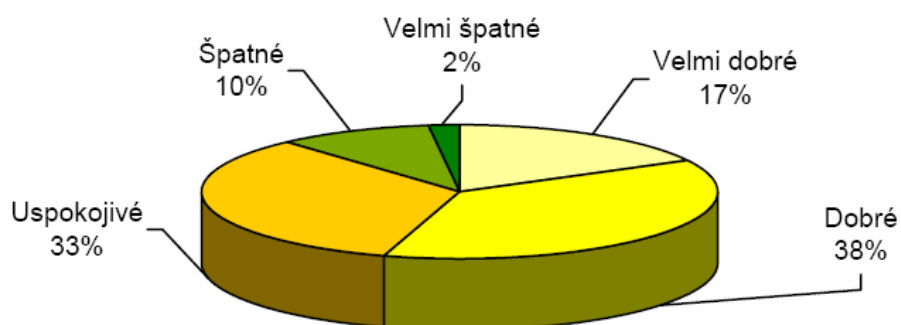
Fig. 9. Distance travelled per person by mode of transport, Great Britain, 1985 and 2000



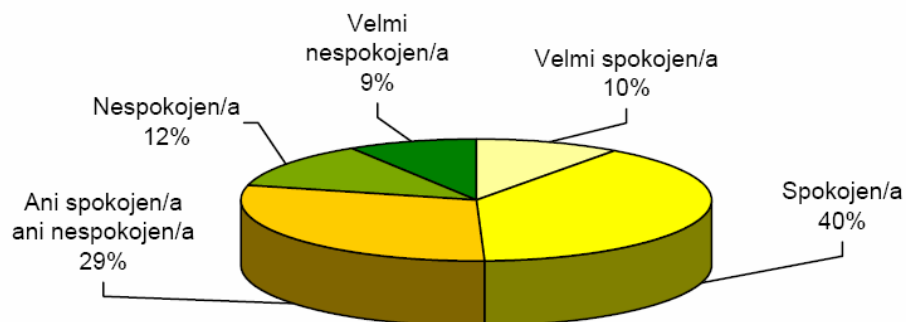
Vnímání vlastního zdraví podle pohlaví (v %)

Celkově vnímané zdraví	Velmi dobré	Dobré	Uspokojivé	Špatné	Velmi špatné
Muži	19,2	38,2	32,0	9,4	1,2
Ženy	15,6	37,2	34,6	9,9	2,7
Obtíže v zaměstnání nebo při domácích pracích	Žádné	Mírné	Střední	Vážné	Extrémní
Muži	45,1	26,3	19,3	6,5	2,9
Ženy	36,6	29,8	22,4	9,1	2,1
Spokojenost s vlastním zdravím	Velmi spokojen	Spokojen	Ani spokoj. ani nespok.	Nespokojen	Velmi nespokojen
Muži	7,0	39,7	30,9	13,3	9,2
Ženy	14,0	39,0	27,5	10,8	8,8

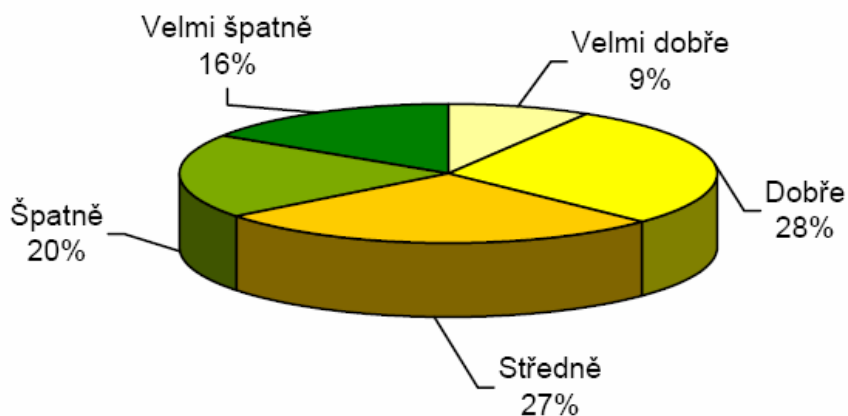
Celkově vnímané zdraví



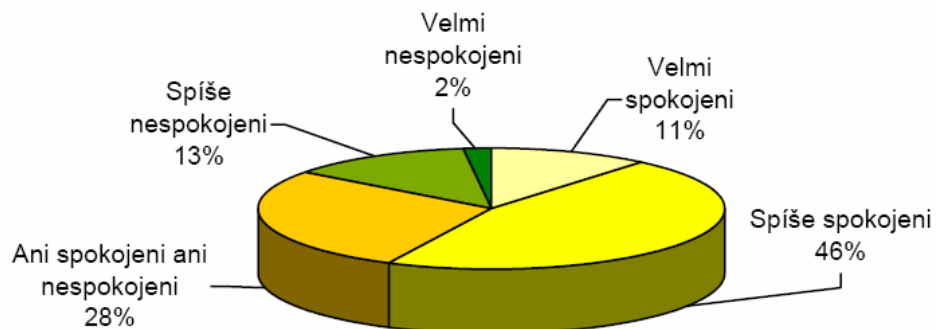
Spokojenost s vlastním zdravím



Hodnocení zapojení obyvatel České republiky do rozhodování o zdravotní péči



Spokojenost obyvatel s fungováním zdravotnických služeb v České republice



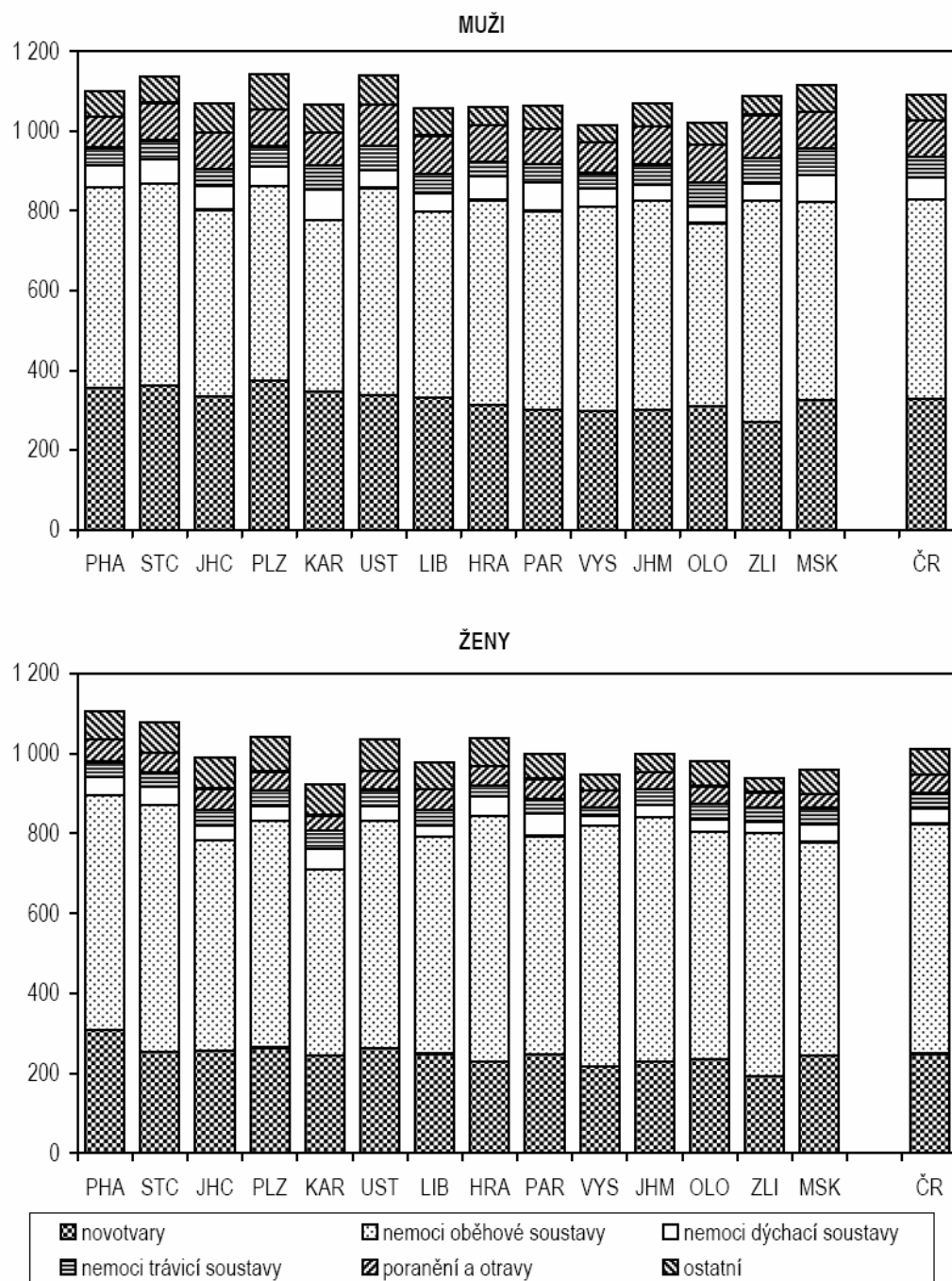
Hodnoty hrubé a standardizované úmrtnosti v krajích ČR (na 100 000 osob)

Území, kraj	Rok 2004	
	hrubá míra úmrtnosti	standardizovaná úmrtnost
Hl.m.Praha	1 102,0	759,9
Středočeský	1 107,2	892,5
Jihočeský	1 029,7	845,7
Plzeňský	1 092,3	874,6
Karlovarský	994,3	919,7
Ústecký	1 087,9	989,6
Liberecký	1 017,6	873,2
Královéhradecký	1 050,6	816,7
Pardubický	1 030,9	836,7
Vysočina	980,9	795,0
Jihomoravský	1 032,8	801,9
Olomoucký	1 000,4	818,8
Zlínský	1 011,0	833,7
Moravskoslezský	1 036,2	916,4
Česká republika	1 050,0	851,8

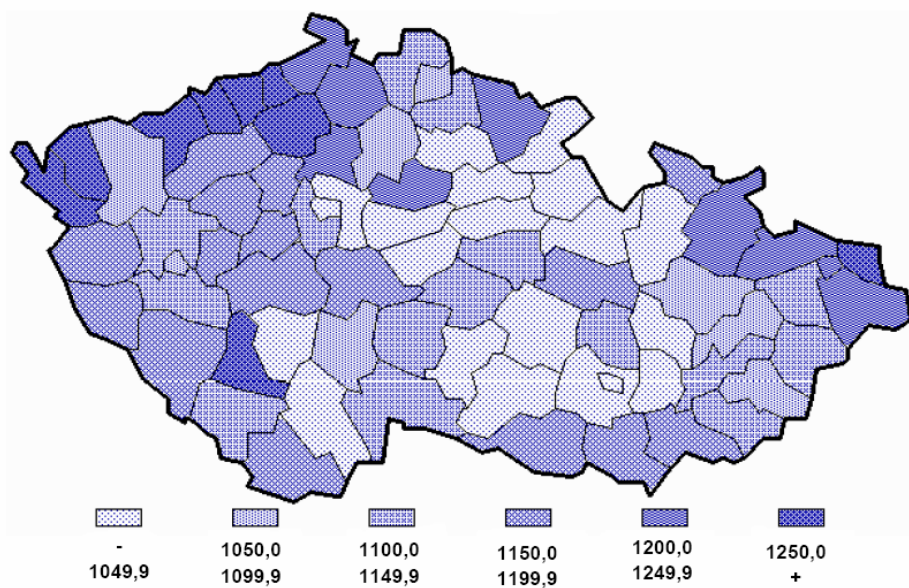
Standardizovaná úmrtnost (SDR) ve vybraných okresech (na 100 000 osob evropské standardní populace)

Nejnižší úmrtnost				Nejvyšší úmrtnost			
muži		ženy		muži		ženy	
okres	SDR	okres	SDR	okres	SDR	okres	SDR
Jihlava	925,7	Břeclav	538,4	Most	1 486,3	Rakovník	818,5
Brno-město	948,8	Zlín	588,7	Chomutov	1 387,5	Most	884,9
Hl.m.Praha	963,7	Jihlava	592,8	Sokolov	1 323,9	Teplice	816,7
Písek	977,8	Žďár n. Sáz.	597,3	Karviná	1 304,5	Jablonec n. Nis.	797,8
Hradec Králové	977,8	Pardubice	598,1	Strakonice	1 273,0	Chomutov	790,6

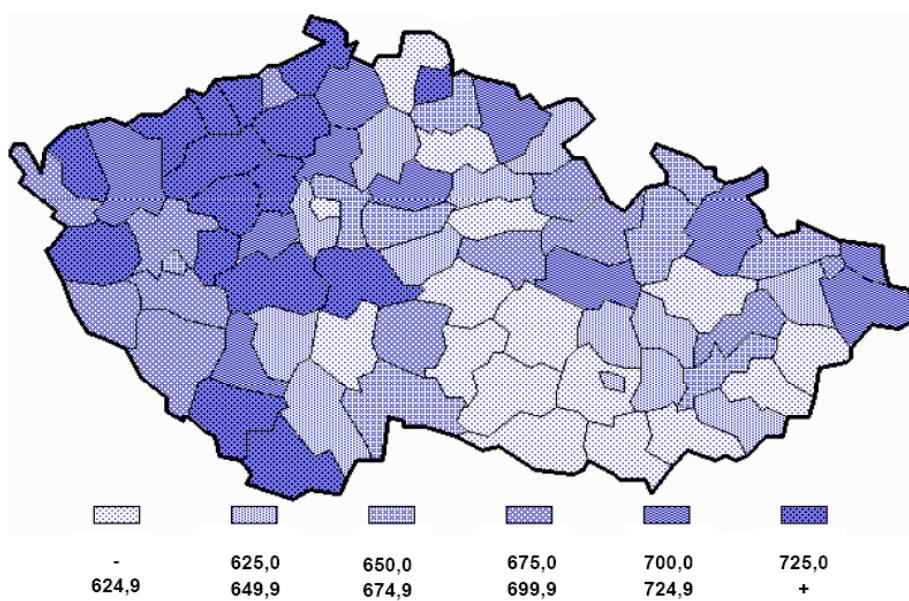
2. Úmrtnost na 100 000 obyvatel podle příčin smrti a kraje bydliště



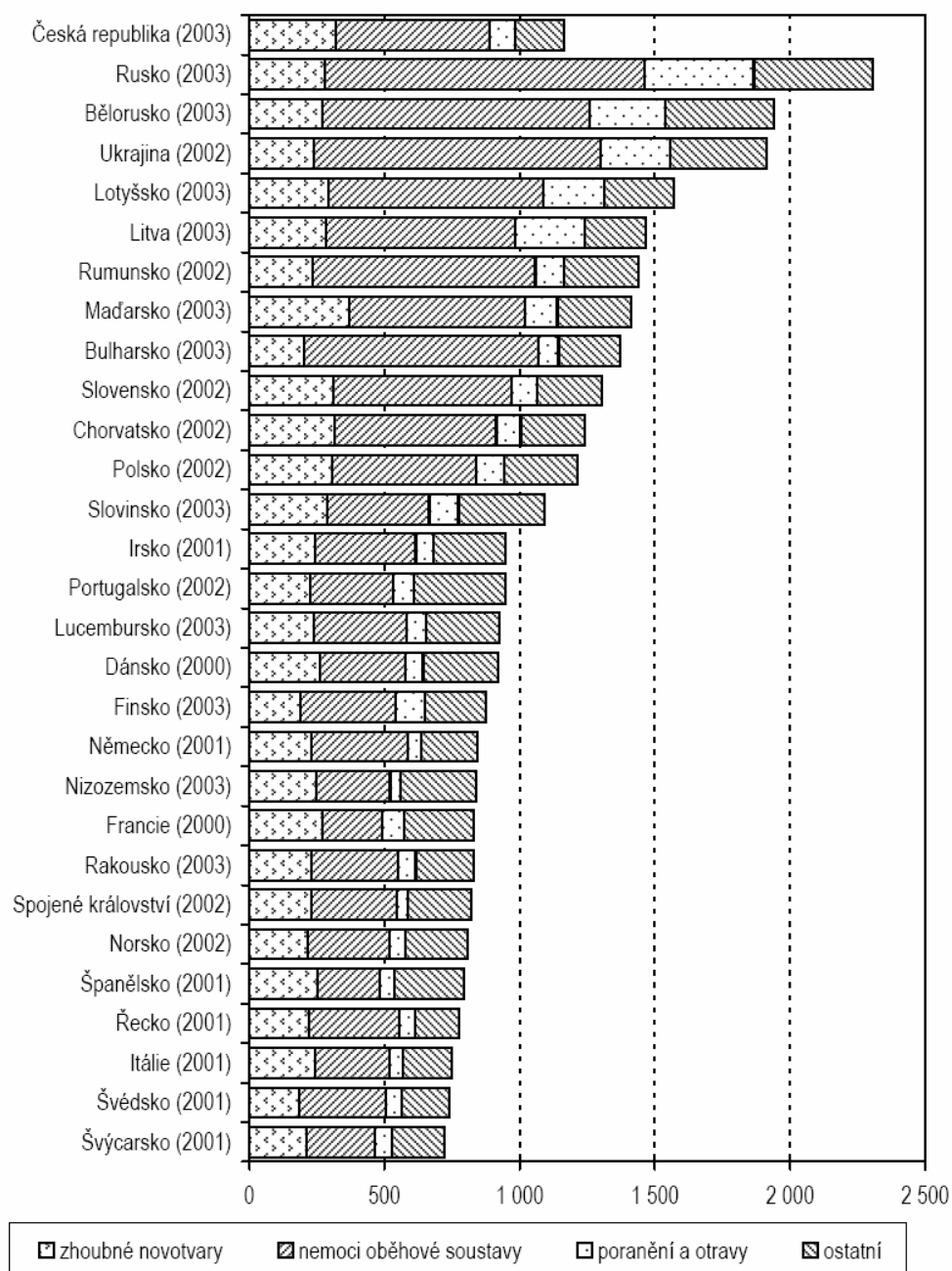
5. Standardizovaná úmrtnost mužů



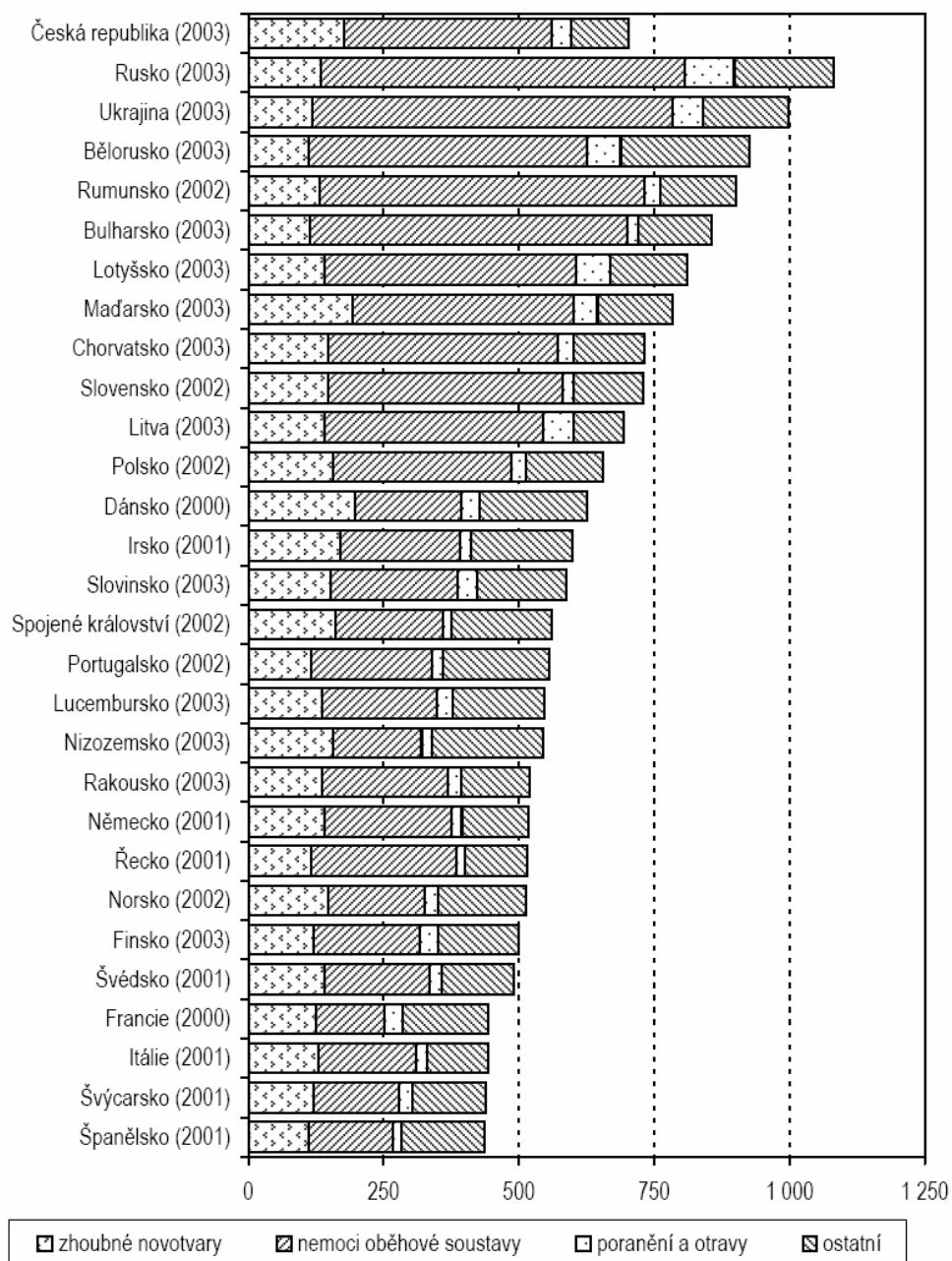
6. Standardizovaná úmrtnost žen



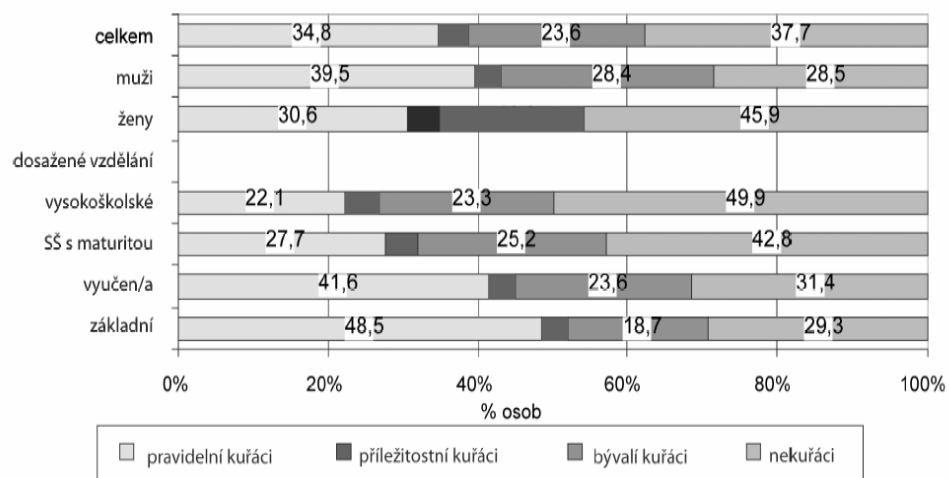
7. Standardizovaná úmrtnost mužů ve vybraných státech podle příčin smrti



8. Standardizovaná úmrtnost žen ve vybraných státech podle příčin smrti



Tab.21



Graf 1. Kuřácké zvyklosti ve vztahu k pohlaví* a dosaženému vzdělání**

*p-hodnota pro rozdíl mezi muži a ženami: $p < 0,001$

**p-hodnota pro rozdíl mezi kategoriemi vzdělání: $p < 0,001$